1926 Fasc. 52

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Volume XXXIII — Anno 1926

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1926

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per il 1926.

Agostini dott. Marcello - Roma.
Alberti dott. Olindo - Brescia.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Alessandrini dott. Alessandro - Roma.
Alessandrini prof. Giulio - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Angelucci prof. Arnaldo - Roma.
Annicchiarico-Petruzzelli dott. Giuseppe - Roma.
Antonelli prof. Giovanni - Roma.
Artom dott. Mario - Novara.
Artom di Sant'Agnese prof. Valerio - Roma.
Ascher dott. Carlo - Praga.
Ascoli dott. Manfredo - Roma.
Ascoli prof. Vittorio - Roma.
Avoni dott. Aldo - Bologna.
Ayala prof. Giuseppe - Roma.
Bacchi dott. Giuseppe - Ostiglia.
Bacheca dott. Antonio - Viterbo.
Badino dott. Paolo - Palermo.
Baggio prof. Gino - Roma.
Bani dott. Ugo - Roma.
Barduzzi prof. Domenico - Siena.
Barbera dott. Giuseppe - Roma.
Baricci dott. Pellegrino - Montepulciano.
Basenghi dott. Francesco - S. Angelo in Vado
Basile prof. Carlo - Roma.
Battoni dott. Enrico - Mirandola.
Bedarida dott. Nino Vittorio - Torino.
Berri dott. Pietro - Genova.
Bianchi prof. Leonardo - Napoli.
Bilancioni prof. Guglielmo - Pisa.
Bini dott. Guido - Roma.
Bivona dott. Santi - Menfi.
Bonadies dott. Antonio - Parma.
Bottaliga dott. Mario - Roma.
Brancati prof. Raffaele - Roma.
Broglio dott. Ruggero - Belluno.
Brusotti dott. Arturo - Milano.
Bufalini dott. Giacomo - Carrara.
Buzi dott. Emilio - Assisi.
Caja dott. Mario - Roma.
Capecchi dott. Egisto - Cesenatico.
Caponetto prof. Gaetano - Catania.
Capparoni prof. Angelo - Roma.
Cappelli dott. Luigi - Roma.
Cardini prof. Massimiliano - Firenze.
Carusi dott. Renzo - Roma.
Casarini prof. Arturo - Roma.
Cassuto prof. Augusto - Roma.
Castagna dott. Pietrino - Valentano.
Catterina dott. A. - Buenos Aires.
Cavazzani prof. Tito - Pallanza.
Cavarzere dott. Enrico - Verona.
Chiasserini prof. Angelo - Velletri.
Cinaglia prof. Raniero - Sassoferrato.
Cividali prof. Andrea - Bologna.
Clara dott. Pilade - Zelobuonpersico.
Clemente prof. Domenico - Oliveto Citra.
Coen-Cagli prof Guglielmo - Roma.
Collina dott. Mario - Roma.
Colucci dott. Carlo - Roma.
Condorelli prof. Luigi - Napoli.
Corinaldesi prof. Silvio - Chiari.
Corradi dott.a Alba - Roma.
Coruzzi dott. Cesare - Parma.
Curti prof. Eugenio - Brescia.
Dalla Vedova prof. Riccardo - Roma.
Dal Maso dott. Pietro - Schio.
D'Amato dott. Giuseppe - Amburgo.
Dami dott. Aurelio - Prato.
Debenedetti dott. Virginio - Biella.
De Bernardinis dott. Giovanni - Roma.
Del Guasta prof. Gino - Pisa.
De Pascalis dott. Francesco - S. Cesario di Lecce.
De Sanctis prof. Sante - Roma.
Diez prof. Salvatore - Roma.
Di Marzio prof Quirino - Roma.
Di Mattei prof. Pietro - Roma.
Di Vestea dott. Donato - Pisa.
Doria prof. Raimondo - Roma.
Egidi prof. Guido - Roma.
Enrico dott. Cesare - Roma.
Faberi dott. Mario - Roma.
Fabj dott. Giovanni - Camugnano.
Falcioni dott. Domenico - Roma.
Farmachidis prof. Costantino B. - Genova.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Filippa dott. C. - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fiorentini dott. Augusto - Roma.
Fornara dott. Piero - Novara.
Fossataro prof. Enrico - Venezia.
Franchini prof. Filippo - Bologna.
Frattin prof. Giuseppe - Modena.
Fronticelli dott. Enrico - Roma.
Gaeta dott. Riccardo - Poggio Berni.
Galfami prof. Paolo - Bari.
Genoese prof. Giovanni - Roma.
Ghiron dott. Mario - Roma.
Ghiron prof. Vittorio - Roma.
Giani prof. Emilio - Domodossola.
Giardina dott. Serafino Giuseppe - Venezia.
Giordano dott. Giacinto - Torino.
Gioseffi dott. Mauro - Parenzo.
Gosio prof. Bartolomeo - Roma.
Grandinetti dott. Alberto - Parma.
Graziani dott. Francesco - Zara.
Grossi dott. Ennio - Roma.
Grossi dott. Vincenzo - New York.
Gucci dott. Giuseppe - S. Giovanni Valdarno.
Jura prof. Vincenzo - Roma.
Lapenna dott. Marino - Roma.
Latteri dott. Francesco Saverio - Palermo.
Laurenti dott. Temistocle - Roma.
Lenaz prof. Lionello - Trieste.
Licciardi prof. Salvatore - Catania.
Ligorio dott. Edoardo - Venezia.
Lucri dott. Tito - Spezia.
Lustig prof. Alessandro - Firenze.
Luzzatto-Fegiz dott. Giusto - Davos (Svizzera).
Maieron dott. Ferdinando - Udine.
Manara dott. Luciano - Casalmaggiore.
Marcora prof. Ferruccio - Milano.
Margottini dott. Mario - Roma.
Marinacci prof. Sertorio - Roma.
Marino dott. Vincenzo - Roma.
Mariotti prof. Ugo - Roma.
Masci prof. Bernardino - Roma.
Maselli dott. Domenico - Roma.
Massini prof. Luigi Carlo - Genova.
Matronola dott. Giuseppe - Roma.
Meldolesi dott. Gastone - Roma.
Mendes prof. Guido - Roma.
Micheli prof. Cesare - Roma.
Milani prof. Eugenio - Perugia.
Milani dott. Guido - Roma.
Millul dott. Giorgio - Pisa.
Mingazzini dott. Ermanno - Roma.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Monateri dott. G. - Cuneo.
Monteleone dott. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Morselli prof. Enrico - Genova.
Mosti prof. Renato - S. Gimignano.
Nejrotti dott. G. Mario - Torino.
Notarangeli dott. Gaetano - Roccasecca.
Pansini dott. Luigi - Forlì.
Pantaleoni dott. Pio - Bologna.
Para dott. Paolo - S. Piero in Bagno.
Parise dott. N. - Napoli.
Parlavecchio dott. Alfredo - Roma.
Parodi dott. Felice - Roma.
Pazzi dott. Ermanno - Roma.
Pazzini dott. Adalberto - Roma.
Pecori prof. Giuseppe - Roma.
Pera dott. Silvio - Lari.
Persia dott. Ascenzio - Roma.
Pestalozza prof. Ernesto - Roma.
Petraroia dott. Matteo - S. Arcangelo Trimonte.
Pezzotti dott. Lorenzo - Cittadella.
Philippson prof. Luigi - Palermo.
Piattelli dott. Adriano - Roma.
Piccinelli dott. Angelo - Roma.
Piccinini prof. Guido Maria - Modena.
Piccinini prof. Prassitele - Milano.
Pieri prof. Gino - Belluno.
Pini dott. R. - Buenos Aires.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pisani prof. Santino - Aquila.
Pittarelli dott. Emilio - Chieti.
Polcenigo dott. Piero - Castelfranco Veneto.
Poletti dott. E. M. - Dalmine.
Pollitzer dott. Renato - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Pozzi dott. Arnaldo - Roma.
Pugliesi dott. Giovanni - Roma.
Ravasini dott. Carlo - Trieste.
Rebizzi dott. Roberto - S. Marcello Pistoiese.
Redi dott. Rodolfo - Siena.
Repaci dott. Filippo - Sinopoli.
Revoltella dott. Giovanni - Bari.
Rho prof. Filippo - Ratisbona (Czecoslovacchia).
Ribolla dott. Romolo - Roma.
Riccardi dott. Francesco - Roma.
Ricci dott. Angelo - Roma.
Ricci dott. Flaminio - Roma.
Ricci dott. Omero - Roma.
Rinaldi dott. Nicola - Oppeano.
Rinaldi dott. Pietro - Roma.
Rolle dott. Guglielmo - Grandola.
Romano dott. Gino - S. Stefano Belbo.
Sabatini prof. Giuseppe - Roma.
Sabatini dott. Luigi - Roma.
Sacco dott. Carlo - Torino.
Sala prof. Armando - Ronciglione.
Sanarelli prof. Giuseppe - Roma.
Sandri dott. Oliviero - Mantova.
Sanguinetti dott. Angelo - Bologna.
Santamaria prof. Alberto - Roma.
Santorsola dott. Domenico - Anzio.
Scandurra dott. Salvatore - Roma.
Scarrini prof. Vincenzo - Siena.
Sciaky dott. Enrico - Salonicco (Grecia).
Sciarra prof. Olinto - Napoli.
Scollo dott. Giuseppe - Roma.
Sebastiani prof. Antonio - Roma.
Secco dott. Carlo - Verona.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Serio dott. Francesco - Catania.
Sette dott. Nicola - Roma.
Sforza dott. Luigi - Roma.
Speciale prof. Francesco - Palermo.
Spicca dott. Giusto - Roma.
Spolverini prof. Luigi - Pavia.
Stainer dott. Aldo - Arco.
Taddei prof. Domenico - Pisa.
Tancredi dott. Giuseppe - Roma.
Tassinari dott. Silvio - Bologna.
Tedeschi prof. Ettore - Genova.
Testa dott. Carlo - Capizzone.
Timpano dott. Pietro - Reggio Calabria.
Tonelli dott. Lanfranco - Roma.
Toscano dott. Carmelo - Roma.
Traina dott. Salvatore - Pisa.
Travagli dott. Furio - Genova.
Trenti prof. Enrico - Roma.
Trentini dott. Silvio - Pisa.
Trinodi dott. Gaetano - Oppido Mamertino.
Tron dott. prof. Giorgio - Milano.
Trossarelli dott. Alberto - Torino.
Turco dott. Adalgiso - Torino.
Urbani dott. Lucio - Roma.
Urbino prof. Giulio - Firenze.
Valdoni dott. Pietro - Roma.
Valentini dott. Agenore - Roma.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vincentini dott. F. Roma.
Violato dott. Andrea - Roma.
Zambelli dott. Renato - Belluno
Zanni dott. Giuseppe - Pisa.
Zuccòla dott. Pier Francesco - Cuneo.

INDICE GENERALE

Vol. XXXIII - 1926

Indice per rubrica

LAVORI ORIGINALI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

NOTE E CONTRIBUTI.

DALLA PRATICA CORRENTE.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

NOTE DI TECNICA.

IGIENE, EPIDEMIOLOGIA, MEDICINA SOCIALE.

CONFERENZE E LEZIONI.

RIVISTE GENERALI (SINTETICHE E CRITICHE).

QUESTIONI DEL GIORNO PROBLEMI DIBATTUTI.

DIVAGAZIONI.

STORIA DELLA MEDICINA.

COMMENTI, NOTE POLEMICHE, RIVENDICAZIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI, ECC.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Per deficienza di spazio omettiamo l'elenco dei cenni bibliografici (1).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

BIOGRAFIE.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; AMMINISTRAZIONE SANITARIA, POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; vedi l'« Indice delle materie ».

CONCORSI; NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE; NOTIZIE DIVERSE; vedi alla fine dei singoli fascicoli.

(1) Ne faremo una tiratura a parte, limitatamente alle richieste che ci perverranno entro il gennaio 1927; le copie verranno inviate gratis ai richiedenti.

Indice alfabetico delle Materie

A

B

C

D

E

H

I

M

N

P

Q

R

S

U

V

Indice alfabetico degli autori italiani e dei collaboratori

"Il Policlinico„ Sezione Medica e Sezione Chirurgica

Affinchè i Medici possano apprezzare l'importanza delle memorie originali che vengono accolte nelle nostre *Sezioni Medica* e *Chirurgica*, riportiamo l'indice alfabetico delle memorie stesse pubblicate nell'anno 1926:

Sezione Medica del « POLICLINICO »

LAVORI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Sezione Chirurgica del « POLICLINICO »

LAVORI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Nelle pagine seguenti (XLV, XLVI, XLVII) riportiamo l'Indice dei Lavori pubblicati durante il 1926 nelle tre Riviste di Specialità edite dalla nostra Amministrazione.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. Ascoli, Red. resp.

CUORE E CIRCOLAZIONE

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO.

Nei 12 fascicoli pubblicati nel 1926 è contenuto quanto segue:

Lavori originali.

Riviste sintetiche.

Riviste e Rassegne: Se ne sono pubblicate ben 102, ma per difetto di spazio se ne omette l'elenco.

Notizie Bibliografiche.

Per le condizioni di abbonamento vedere a pagina XLVIII.

ABBONAMENTI CUMULATIVI PER IL 1927 CON « IL POLICLINICO »

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA.

Ecco quanto contengono i 12 fascicoli pubblicati nel 1926:

Osservazioni di clinica.

BILANCIONI G. — Contributo clinico allo studio dell'epiglottite acuta.

CAMPO F. — Brevi note su alcune forme di otite media manifestatesi come complicazioni della parotite epidemica.

CARCÒ P. — Le infezioni acute da enterococco in otorinolangoiatria.

COLA F. — Contributo alla casistica delle paralisi laringee associate.

DI VESTEA G. — Considerazioni su di un caso di carcinoma stenosante dell'esofago.

GUIDA G. — Sopra due casi anomali di empiema del seno mascellare.

LEOTTA N. — Stenosi intrinseche dell'esofago.

MONTINI G. — Una nuova sindrome di associazione dei nervi cranici.

PIERI G. — La tubercolosi dell'osso malare e la sua coincidenza con la tubercolosi dell'epifisi superiore dell'ulna.

ZANNI G. — Decorso clinico benigno di un adeno-carcinoma di origine etmoidale.

Ricerche di Anatomia, di Fisiologia, di Patologia comparata.

CALICETI P. — Sui cosidetti polipi delle coane.

CALICETI P. — Sull'osso sottovomeriano nell'uomo.

CAMIS F. — Intorno all'influsso del labirinto sulla innervazione antagonista dei muscoli scheletrici.

CESARIS-DEMEL V. — Su di un caso di perforazione dell'aorta da cancro ulcerato dell'esofago.

MISSORICI PIAZZA A. — Rapporti topografici fra ismo della ghiandola tiroide e anelli tracheali.

ROMANO S. — Anatomia comparata del muscolo del martello nei vertebrati.

ROMANO S. — Rilievo di anatomia descrittiva e topografica del muscolo timpano-salpingo-stafilino nell'uomo.

ROMANO S. — Le connessioni tra il tensor tympani e il tensor veli palatini nell'embrione umano.

Ricerche di Laboratorio.

CARNEVALE RICCI F. — La figura del sangue neutrofilo dell'Arneth nelle forme tubercolari della laringe.

D'AMICO D. — Note istochimiche sulla colorazione nucleare con l'ematossilina.

LASAGNA F. — Ricerche sul filtrato del secreto nasale ozenatoso.

MORICONI L. — Un nuovo fatto allergico: oftalmoreazione stafilococcica.

MOTTA R. — Nuova specie di « Cryptococcus » isolata dalla gola.

TRAINA S. — Vaccinazione antitifica nell'uomo per via nasale.

Note di tecnica clinica.

MERELLI G. — Ulteriore contributo allo studio delle prove per la ricerca dell'anchilosi stapedio-ovalare.

Fatti e documenti.

BREGANZATO G. D. — Sopra un caso di segno della fistola ottenuto con la compressione della mastoide.

CAPECCHI E. — Sindrome rara di edema di Quincke.

CUSENZA G. — Contributo clinico allo studio della lepra delle prime vie aeree e dell'orecchio.

DI VESTEA D. — Ascesso freddo della faringe media e inferiore in soggetto affetto da tbc. polmonare e laringea.

FABRONI M. — Otite media purulenta cronica da corpi estranei penetrati nella regione periauricolare sinistra.

FERRERI GHERARDO. — Tumore gigante dell'epiglottide.

CASELLA B. — Epilessia riflessa e otite media purulenta cronica.

GALLINA V. — Un caso di pseudocroup.

MALAN G. A. — Adenocarcinoma dell'orecchio medio.

MOTTA R. — Su alcuni casi di tubercolosi primitiva dell'orecchio.

PIERMARINI G. — Corpo estraneo del bronco sinistro, estratto con la tracheotomia inferiore, in fanciulla settenne a timo persistente.

RICCI B. — Su di un caso di zona auricolare.

ROMANO S. — Corpo estraneo del bronco destro.

ZANNI G. — Micosi primitiva tonsillare e faringea da Acremonium Potroni.

Esperimenti e saggi.

CAMPO F. — Sul comportamento dei tessuti delle fosse nasali in seguito all'asportazione delle glandole lagrimali e all'impedito deflusso del loro secreto.

CASELLA B. — Sulla fatica periferica dell'orecchio.

TORCHIANA L. — Sulla guarigione delle ferite a lembo della trachea e sulla vitalità dei lembi della stessa.

ZANNI G. — Studio grafico di alcuni riflessi della gola.

ZANNI G. — La trachea ha movimenti attivi?

Discussioni.

LODIGIANI M. — Pneumotorace artificiale e laringite tubercolare.

Terapia.

CASTELLANI L. — Il bleu di metilene nella cura di alcune affezioni dell'orecchio e delle prime vie respiratorie.

COVILI-FAGGIOLI G. — La proteinoterapia aspecifica nel trattamento delle complicanze otitiche.

DEL BUONO P. — Sulla cura radiologica dei tumori maligni delle tonsille palatine.

HALFER G. — Sopra due metodi di cura dell'otorrea cronica infantile.

Fra la scienza e l'arte.

BILANCIONI G. — Il secondo centenario della « Scienza Nuova » di Vico e la dottrina del linguaggio.

Fonetica biologica.

GUIDA G. — Le modificazioni della circolazione periferica in rapporto alla voce parlata e cantata.

Idee e Metodi nuovi.

PIERI G. — Plastica cutanea nella parotide.

TORRIGIANI C. A. — Cura chirurgica delle epistassi abituali.

Capitoli.

CIOTOLA A. — Le metastasi nei tumori della laringe.

FERRI E. — Fisiologia e Igiene dell'oratore.

MARAGLIANO V. — L'esame radiologico del condotto laringo-tracheale.

La Nota Storica.

BILANCIONI G. — Cecilio Folli e i suoi studi sull'anatomia dell'orecchio.

BILANCIONI G. — Il Marmani e la sua memoria sull'apertura chirurgica della mastoide.

BILANCIONI G. — Una relazione inedita dell'anatomico Galeazzi — più noto col nome di Galeati — su di una influenza di raffreddore.

BUCCELLI A. — La vertigine rotatoria secondo Macrobio.

CASTALDI L. — Il canale naso lacrimale secondo Giov. Batt. Bianchi.

DI VESTEA D. — Paolo Marzolo.

PIETRANTONI L. — Di un istrumento per asportare i polipi nasali ideato e illustrato da Girolamo Fabrizi d'Acquapendente.

POLETTINI B. — Camillo Golgi.

RUGANI L. — Sulle cognizioni di otologia di Aldebrandino da Siena nel secolo XIII.

TORRIGIANI A. — Le osservazioni di Atto Tigri sulla composizione del muco nasale.

TORRIGIANI C. A. — Il « locus Valsalvae ».

ZANNI G. — Un consulto del Beccari per una forma di disfonia.

I 12 fascicoli contengono inoltre:

176 - SUNTI e RASSEGNE VARIE, riportati in 103 pagine.

14 IN BIBLIOTECA (Cenni Bibliografici), riportati in 10 pagine.

24 - NOTIZIE e QUESTIONI, riportati in 9 pagine.

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO" PER IL 1927.

	ITALIA	ESTERO
Singoli:		
(1) Alla sola Sezione pratica (settimanale)	Lire 70	Lire 110
(1*a*) Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire 40	Lire 55
(1*b*) Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire 40	Lire 55
Cumulativi:		
(2) Alle due Sezioni (pratica e medica)	Lire 100	Lire 155
(3) Alle due Sezioni (pratica e chirurgica)	Lire 100	Lire 155
(4) Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire 120	Lire 185

Premio Semi-Gratuito agli abbonati al "Policlinico" per il 1927

MASSIMILIANO CARDINI · Docente di Storia della Medicina nella R. Università di Roma.

Una gloria italiana: MARCELLO MALPIGHI

(La vita e l'opera sua)

Un volume in 8°, di pagg. VIII-123, stampato su ottima carta uso mano, in nitidissimi tipi bodoniani con annesso il ritratto del grande biologo italiano.

Verrà posto in commercio al prezzo di L. **20**, più le spese postali di spedizione, ma ai nostri abbonati é ceduto FRANCO DI PORTO.

per sole L. **5** (in Italia)
per sole L. **10** (all'Estero)

a tutti coloro che invieranno l' INTERO importo del proprio abbonamento pel 1927 con l'aggiunta delle predette L. 5 o L. 10, NON OLTRE IL 31 GENNAIO 1927.

RIVISTE SPECIALI di nostra edizione concesse agli associati al "Policlinico" in abbonamento cumulativo pel 1927.

Gli associati al «Policlinico», a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole: L. **28** per l'Italia o L. **45** per l'Estero potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1927 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità:

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continazione de "Le malattie del cuore e dei vasi"

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto da VITTORIO ASCOLI, Clinico Medico di Roma

Redattore Capo: CESA PEZZ

Ogni fascicolo si compone di 44-48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze; b) rassegne, riviste e congressi; c) notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☛ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Cuore e Circolazione» si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico «Le malattie del cuore», nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito) e 1926 di «Cuore e Circolazione» per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Bari

Ogni fascicolo si compone di oltre 48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, (atti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☛ **N. B.** — I nuovi abbonati del 1927 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) e l'intera annata 1926, per sole L. **50** se in Italia e per sole L. **75** se all'Estero, in porto franco.

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Pisa

Questa rivista, che entra nel terzo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un numero separato L. 5
Per gli associati al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☛ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Il Valsalva» si concedono le intere annate (1925 e 1926) del periodico stesso, per sole L. **40** se in Italia e per sole L. **65** se all'Estero, in porto franco.

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al **prezzo di favore** di sole:

L. 78 per l'Italia o **L. 125** per l'Estero

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina ...

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di incollare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

ANNO XXXIII Roma, 4 Gennaio 1926 Fasc. 1

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Per il 1926.

Ai Medici Italiani,

Se noi, senza riandare i programmi dei XXXII anni di vita del Policlinico, *vogliamo mettere, nell'affacciarsi dell'anno nuovo, il nostro passato a garanzia del nostro avvenire, ci possiamo limitare ai programmi del dopo guerra. Essi rappresentano fedelmente, documentano, gli sforzi compiuti dal nostro periodico per mantenere — come ha mantenuto — intatta la sua compagine, regolare il suo funzionamento vivo il suo programma di clinica castigata, ma fervida d'ideali.*

I nostri programmi dimostrano altresì come, subito dopo la guerra, intuissimo che una nuova era s'iniziava per il mondo civile e soprattutto per la nostra Italia in ogni campo dell'attività. Nel '20 con cuore sicuro auspicavamo che la medicina italiana fosse per prendere **la posizione che il genio del passato e la tenacia del lavoro** *le assicuravano. Una fede invitta ci guidava ad affermare che, mercè* **la forza del lavoro e la virtù del sacrificio,** *l'Italia* **avrebbe conquistato nel mondo un posto più alto e più degno.**

È quindi con gioia di cittadini, se non con soddisfazione di profeti, che noi vediamo ogni giorno svolgersi sempre meglio il sentimento di ferma italianità e di dedizione all'ideale, che noi abbiamo da anni esaltato come armi sicure per il trionfo di nostra gente.

Sull'albore di questo nostro XXXIII anno di vita, nella larga realizzazione delle nostre speranze, siamo lieti di inquadrare l'opera nostra nel movimento di rinnovazione d'Italia, in conformità delle nostre direttive, intensificando l'ardore del sentimento e acuendo con ogni severità lo spirito critico affinato dalla lunga esperienza.

La ripartizione del **Policlinico** *in due grossi fascicoli mensili, uno medico e uno chirurgico, destinati alle memorie più ampie e documentate di patologia e clinica, e in un fascicolo settimanale di 32-48 pagine a doppia colonna, offre a noi campo ampio e sufficiente per soddisfare le esigenze della coltura, della clinica e della vita professionale dei medici d'ogni categoria.*

I fascicoli mensili — sezione medica e sezione chirurgica — segnano i passi del progresso italiano nella clinica; il fascicolo settimanale — sezione pratica — contiene i brevi contributi della pratica quotidiana dei medici nostri, raccoglie il meglio dai giornali del mondo intero, esamina i problemi della vita sociale e professionale, informa i medici di quanto li può interessare nei molteplici campi della loro influenza.

Un così completo e felice ordinamento s'è venuto plasmando e perfezionando con il volgere degli anni, per le esigenze della vita pratica, e in grazia d'una cordiale intesa tra redazione e amministrazione, che soddisfa — e spesso anzi previene — i desideri e i bisogni dei nostri abbonati. Non indulgere alle **specialità** *e ai prodotti di composizione ignota; respingere ogni lavoro che manchi di fondamento dimostrativo, ma non chiedere nè il timbro d'una scuola, nè la bolletta dell'abbonato; riassumere e notificare quanto è serio e onesto da qualunque nazione, anzi da qualunque parte, esso venga; rifuggire da ogni vacua fraseologia per esprimersi nella forma più breve, piana e chiara; illuminare tutta questa giornaliera e dura fatica con la spiritualità che eleva l'esercizio medico dal mestiere al sacerdozio: tale è in concreto la nostra opera.*

In essa abbiamo avuto finora dai medici italiani pieno consenso, da cui abbiamo tratto e conforto e stimolo insieme. Contiamo su quest'appoggio anche per l'avvenire, e apriamo loro le porte e il cuore, invitandoli a lavorare con noi, per lo sviluppo e il decoro della medicina italiana.

LA REDAZIONE.

L'Amministrazione dal canto suo in questo volgere di anni ha sempre dimostrato coi fatti di non trascurare nulla di quanto può rendere più proficua e più accetta ai lettori l'opera perspicace della Redazione

Ha portato continui miglioramenti nella parte tipografica del giornale e nelle illustrazioni; mai ha lesinato lo spazio richiesto dalla crescente materia: difatti l'annata 1923 venne superata da quella del 1924 di 34 pagine, mentre l'attuale annata 1925 già sorpassa di ben 100 pagine (corrispondenti a tre fascicoli) quella scorsa; diamo così la migliore dimostrazione del nostro asserto.

I nostri sforzi però non sono stati vani: abbiamo veduto aumentare in maniera progressiva il numero dei nostri abbonati, che sono ormai gran parte dei medici pratici italiani, il che dà a noi la fiducia che basti seguire con gli stessi intenti, mantenere lo stesso indirizzo, per continuare ad accrescere sempre la cerchia dei nostri lettori e guadagnare sempre maggior stima e simpatia.

Senza tema di essere smentiti possiamo bene affermare che la tiratura de **IL POLICLINICO** equivale a quella di parecchi altri periodici italiani del genere messi insieme.

IL POLICLINICO ha saputo conformarsi alle tendenze innovatrici della moderna medicina e insieme alle nuove esigenze sociali. Ha vissuto, e vive, la vita dei medici che studiano, lavorano e sentono la nobiltà della loro missione.

Da tutto ciò il nostro successo.

Sono già varî anni che l'Amministrazione sopporta aggravi di ogni specie; nonpertanto il prezzo del periodico è stato mantenuto entro limiti ristrettissimi. Si vanno ora manifestando ulteriori incrementi di spese (nelle tariffe postali, nella carta, nella mano d'opera tipografica, nelle imposte, nel fitto, ecc. ecc.); sarebbe dunque prudente di elevare almeno di un terzo il prezzo attuale d'abbonamento; al contrario l'Amministrazione si è limitata a chiedere, nel corso del 1925, e mantiene ora, un aumento di prezzo esiguo, molto minore di quello sancito nel maggio u. s. dall' "Unione Editori", e — si noti — per la sola Sezione Pratica, mentre per le altre due Sezioni il prezzo d'abbonamento cumulativo è stato ridotto (da L. 28 a L. 25). Ciò documenta lo spirito di estrema discrezione da cui è animata l'Amministrazione, la quale non intende chiedere agli abbonati se non un "minimum„ di sacrifizi.

È vanto della nostra Amministrazione di essersi tenuta sempre al disopra di ogni concezione puramente commerciale e di avere anzi considerato i proprî abbonati come una grande famiglia.

In tal modo **IL POLICLINICO** ha un pubblico suo fatto di medici pratici italiani e stranieri; nel volgere ad essi il saluto affettuoso per l'anno nuovo e il cordiale ringraziamento per l'appoggio, l'opera, i consigli accordatigli, confida di poter conservare intatta quella comunanza di idee e di sentimenti che dura e si rinvigorisce da **XXXII** anni.

L'EDITORE.

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO„ PER IL 1926.

		ITALIA	ESTERO
Singoli:			
(1)	Alla sola Sezione pratica (settimanale)	Lire 60	Lire 100
(1a)	Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire 35	Lire 50
(1b)	Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire 35	Lire 50
Cumulativi:			
(2)	Alle due Sezioni (pratica e medica)	Lire 85	Lire 140
(3)	Alle due Sezioni (pratica e chirurgica)	Lire 85	Lire 140
(4)	Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire 100	Lire 160

N. B. — Per ottenere il premio gratuito, aggiungere, come da avviso nella 1a pagina del foglietto che precede il testo, L. 5 per l'Italia e L. 10 per l'Estero.

Per gli abbonamenti cumulativi con gli altri periodici di nostra edizione, vedere pag. 39 del presente fascicolo.

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DERMOSIFILOPATICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO.

L'indole della sifilide e le vedute moderne sulla medesima

per il prof. LUIGI PHILIPPSON.

Negli ultimi due decennii le cognizioni sulla sifilide si sono arricchite di parecchi fatti importanti che hanno completato la sua descrizione clinica. E la terapia ha fatto grandi progressi col salvarsan, cui si è aggiunto poi il bismuto.

I nuovi fatti hanno servito ancora a emettere delle teorie sull'andamento della malattia e sulla patogenesi sia delle sue manifestazioni che in ispecie delle affezioni sifilitiche del sistema nervoso centrale. Ora in base a queste teorie furono fatte delle descrizioni della sifilide, le quali sono molto differenti da quella comune e fanno comparire la sua indole in modo opposto a quella che fin'ora le fu attribuita.

Attualmente esistono quindi due specie di descrizioni della malattia; oltre quella classica, completata da tutti i fatti nuovi, un'altra che compone il quadro morboso colla biologia della spirochete, colla proprietà immunitaria dell'organismo umano e col comportamento del siero di sangue e del liquido rachidiano.

La prima è la sifilide riconoscibile all'esame clinico, la seconda riconoscibile per mezzo d'indagini del laboratorio.

Per gli autori delle nuove descrizioni la sifilide vera è la seconda, la prima non è che il suo aspetto esteriore. Per conoscere la sifilide, bisognerebbe conoscere la sifilide, costruita teoricamente, e conseguentemente la diagnosi, la prognosi e la terapia dovrebbero esser rivolte ad essa, e non più alla sifilide clinica.

Nella nostra opera medica noi ci troviamo quindi in una posizione alquanto imbarazzante e per deciderci sulla direttiva che noi dobbiamo dare alla medesima, mi pare che non ci sia altro mezzo che questo: prima fare un confronto fra quel che oggigiorno noi osserviamo negli ammalati di sifilide con quel che si osservava ai tempi della sifilografia classica, per vedere, se vi siano avvenuti dei cambiamenti o meno; secondo: prendere cognizione dei singoli fatti, che hanno ser-

vito alla nuova nosografia della sifilide, per valutarli alle nostre conoscenze cliniche.

La descrizione classica della sifilide dice sommariamente:

La sifilide dal punto di contagio invade tutto l'organismo, diventa « costituzionale ». Vien paragonata alle « febbri virulenti », cioè agli esantemi acuti. La salute generale soffre e molti organi vengono disturbati nelle loro funzioni. Nella pelle e nelle mucose visibili insorgono degli esantemi. Tutti i sintomi non sono che transitorii. Si ripetono ad intervalli, il che viene molto palese negli esantemi. I primi esantemi si susseguono in brevi intervalli, in seguito sono interrotti da soste più lunghe. Ancora i primi sono generalizzati, mentre più tardi insorgono esantemi più discreti. Infine non compariscono più. La durata della sifilide è di circa tre anni, nel qual lasso di tempo si ristabilisce lo stato normale.

A seconda l'intensità dei sintomi si distinguono forme miti, medie e gravi. I casi di media intensità sono i più frequenti.

La guarigione avviene anche spontaneamente e senza l'uso del mercurio, come il Diday (1810-1894) dimostra, il quale vi ricorre soltanto in ben determinate condizioni.

In generale la terapia mercuriale si eseguisce per via orale e con frizioni, la quale influisce notevolmente sull'andamento della malattia, abbreviando di molto la durata dei sintomi e attenuandoli. Le recidive invece non ne vengono impedite.

A correggere questo difetto il Fournier tratta anche, quando non vi sono sintomi, e sostituisce la cura sintomatica colla cura cronica intermittente, imitando il decorso naturale della malattia col trattamento periodico che si prolunga quindi anche per tre anni.

Questo metodo di cura trova molti fautori, ma vi sono sifilografi che rimangono fedeli alla cura sintomatica.

Anche l'introduzione delle frizioni mercuriali non cambia molto i risultati terapeutici. Quel che malgrado l'efficacia del mercurio ostacola assai un giudizio esatto sul valore dei varii metodi di cura si è l'influenza curativa dello stesso organismo ammalato sulla malattia. Nei casi, dov'è molto pronunziata, anche cure blande possono dare gli stessi risultati, come cure intense, e per converso, dove essa manca, anche cure intense possono fallire. Per tale ragione neanche le statistiche possono giovare a risolvere la questione sul miglior modo di trattamento.

La guaribilità della sifilide viene ammessa dagli uni e negata dagli altri. Siccome dopo la sifilide secondaria poteva comparire ancora la terziaria e per di più dopo anni e magari dopo molti anni d'apparente salute, la sua fine non poteva essere considerata senz'altro quale fine definitiva. Ma si ragionava anche in altro modo: se colla fine della sifilide secondaria non fosse terminata la malattia nella maggioranza dei casi, nei centri, dove si cura la sifilide, coll'andar del tempo, dovrebbe risultare una sempre crescente prevalenza di casi terziarii su quelli secondarii. Ciò invece non si verifica; i casi terziarii vi si trovano sempre in numero scarso.

Vi si può obbiettare che questa osservazione non permette un giudizio sulla frequenza del terziarismo, mancandovi i casi, affetti da affezioni degli organi interni, i quali si presentano, laddove vengono curate tali malattie.

Il concetto di terziarismo nella sifilografia classica si riferisce a due cose distinte e cioè tanto al tempo della malattia quanto alla sua indole.

Il Ricord (1800-1889) chiama sifilide secondaria i primi due anni, al di là di questi incomincia la terziaria. Alla prima appartengono anche le ulcerazioni alla gola e al palato, la carie nasale, il sarcocele (orchite).

Anche secondo il Siegmund (1850) tali affezioni incominciano già dopo sei mesi della malattia. Ancora in una spesso citata statistica del Fournier sulla scadenza della sifilide terziaria che abbraccia le sue osservazioni di trent'anni, e cioè 1859-1889, la frequenza massima si ha nei primi anni.

Ma già allora questo fatto sorprende molti sifilografi, perchè osservano il terziarismo soltanto più tardi.

Da ciò si può arguire che già nel secolo passato sia avvenuto cambiamento nel decorso della sifilide. Da una malattia che già nei primi anni produceva delle affezioni gravi, era diventata malattia più mite che si limitava soltanto a disturbi passeggieri e, se mai, non le cagionava che più tardi.

Le cause del terziarismo vengono cercate da un lato in condizioni individuali, cioè in tutte le influenze che debilitano la resistenza dell'organismo, come linfatismo, alcoolismo e malaria, e dall'altro nella mancanza di cura della sifilide recente.

La terapia specifica con mercurio e ioduro delle affezioni terziarie arresta bensì il processo morboso, ma non definitivamente; le sue riprese sono la regola. E siccome le affezioni nel loro esordire o non vengono riconosciute, oppure nemmeno avvertite dall'ammalato, danni irreparabili sono già costituiti, prima che intervenga la cura.

Da ciò appunto deriva la gravità della sifilide.

Se io confronto con questa descrizione della sifilide, quello che io vedo già da **circa** vent'anni,

io debbo dire che la sintomatologia si sia cambiata notevolmente, e cioè riducendosi a una forma mite che nel passato era piuttosto rara. Nella sifilide recente i disturbi generali, se esistono, non sono pronunziati e per lo più mancano del tutto. Gli esantemi non sono che la roseola e delle eruzioni miti di papule e le placche mucose.

Le recidive sono più miti ancora e spesso mancano del tutto.

Con tale scarsezza di sintomi non si può nemmeno più parlare di un decorso tipico della malattia. Quel che rimane di costante nella medesima non è che il periodo fino alla comparsa della roseola, il resto è del tutto irregolare e essenzialmente dipendente dal trattamento.

Le circostanze, da cui dipende questo notevole cambiamento, secondo me sono:

la migliore conoscenza della sifilide che si è diffusa nel pubblico, per cui gli ammalati si recano più presto dal medico;

la migliore istruzione dei medici sulla sifilide;

la migliore cura mercuriale, la cui esecuzione, nel passato consistente in pillole o in frizioni, metodi che non riuscivano facili agli ammalati, vien garantita dalle iniezioni mercuriali.

Però anche in ammalati che senza trattamento precedente vengono all'osservazione, s'incontra la stessa mitezza dei sintomi. Pare quindi che l'indole stessa dell'infezione si sia cambiata.

Dacchè si usa il salvarsan, la sifilide decorre addirittura silenziosa. Purchè venga usato coi giusti criterii, è facile cosa impedire le recidive, senza ricorrere ad una cura cronica, perchè bastano già poche cure a tale scopo. Ciò viene illustrato in modo lampante da una manifestazione che nel passato era caratterizzata dalla sua resistenza alla cura mercuriale, e cioè dalle placche orali, le quali dopo una sola cura salvarsanica spariscono per sempre.

La cura abortiva, tentata inutilmente nel passato in molti modi, col salvarsan riesce.

Oramai sono già 10 anni che la questione è risolta. Ciò non ha soltanto valore pratico, ma anche teorico. Mentre nel passato si considerava la cronicità quale inerente all'indole della sifilide, ora si vede che nell'inizio essa si comporta quale malattia acuta, la quale con mezzo adatto può venire arrestata nel suo sviluppo.

Molte affezioni terziarie che nel passato erano frequenti, come quelle del tegumento, delle ossa, dei genitali, del naso, del palato, della lingua sono diventate rare. Questa osservazione è stata fatta in varii paesi dell'Europa e anche nell'America del Nord. In Sicilia io stesso ho potuto assistere a tale cambiamento che si è compiuto nel corso di due decennii. Di certo vi ha contribuito il miglior trattamento, cui si sottomettono i pazienti fino dal principio della malattia, ma innanzi tutto vi ha influito il grande miglioramento delle condizioni di vita, della nutrizione, della pulizia, dell'igiene generale e individuale.

Riguardo a queste affezioni la prognosi della sifilide è diventata pertanto molto più fausta di prima e il concetto vecchio sulla loro patogenesi ha trovato nuova conferma, e cioè che condizioni estranee alla malattia vi influiscono.

In quanto alle affezioni tardive degli organi interni, per ragioni ovvie, non è possibile farsi un giudizio, se anch'esse abbiano o no subito lo stesso cambiamento nella frequenza. Che, p. e., la diminuzione e il progresso della terapia della malaria abbiano potuto influire in questo senso sulle affezioni del fegato e del rene o la nutrizione più razionale e la diminuzione dell'alcoolismo sulle affezioni del sistema cardio-vascolare non è improbabile.

In questo confronto della sifilide attuale con quella descritta nel passato, noi non abbiamo ancora tenuto conto di due cognizioni importanti, acquisite da due decennii, e cioè di quelle sullo stato del siero di sangue e del liquido cefalorachidiano. Ci resta quindi da esaminare, se e come possono modificare il nostro giudizio sulla malattia.

La R. W. — nei primi tempi — fu considerata quale indice di un processo morboso in atto, anche se l'esame dell'ammalato non lo poteva rivelare. Tale interpretazione era la più naturale, visto e considerato che la R. W. va parallela al decorso clinico della malattia recente e continua a persistere anche negli intervalli, in cui sintomi mancano. Ulteriori esperienze invece insegnavano che anche in assenza di segni morbosi per molti anni la R. W. poteva esser positiva. La reazione indica quindi anche la sola presenza dell'infezione, ossia la presenza di spirocheti inattive, avirulenti.

Noi possiamo quindi anche dire, che questo reperto corrisponda a quel che pensavano i sifilografi della sifilide, e cioè che fosse una diatesi che durava o poteva durare tutta la vita. Con ciò non si diceva, che l'organismo dovesse esser in istato di malattia cronica, ma soltanto che esistesse la possibilità che ogni tanto potessero avvenire dei sintomi morbosi col carattere della diatesi. Se oggi questa diatesi si fa palese nella R. W., per questo fatto l'indole della sifilide non si è cambiata.

(Nel singolo caso la presenza della R. W. positiva può avere il significato di un processo morboso sifilitico in atto, che forse nemmeno clinicamente è da scoprirsi, ma la persistenza della medesima in molti casi, che si verifica in ispecie

in quelli che furono curati soltanto con mercurio nei primi anni della loro malattia, non indica altro che presenza di germi inattivi).

Coll'esame del liquido cefalo-rachidiano è successo lo stesso, come colla R. W. Quando si scoprì che già nei primi anni della sifilide il liquido mostrava delle alterazioni morbose, fummo assai impressionati, perchè il reperto sembrava indicare che già fino dal principio il sistema nervoso fosse minacciato dalla malattia, il che fin'allora ci sarebbe sfuggito del tutto.

Ulteriori ricerche invece, fatte da molti studiosi su larghissima scala, insegnavano che a questo reperto si doveva dare un'altra interpretazione e che non c'era più ragione alcuna di preoccuparsene.

Questo cambiamento, avvenuto nella valutazione dei fatti, vien chiaramente illustrato dalle successive pubblicazioni del Ravaut su questo argomento, il quale fino dal 1902, insieme con Widal e Sicard, se ne è occupato.

Nel 1902 egli scrisse: « gli è interessante di notare che fino dall'inizio della sifilide secondaria, allorquando alcun segno nervoso è manifesto, il virus sifilitico in certi casi può provocare delle reazioni meningee leggiere, riconoscibili soltanto colla punzione lombare, reazioni, le quali già all'insorgere della malattia ci danno la dimostrazione anatomica della suscettibilità dei centri nervosi per la sifilide ».

Nel 1903 egli precisava la frequenza delle reazioni meningee latenti del periodo secondario, e cioè in 68 %. Egli insisteva nella loro latenza, indicava il loro sviluppo, la loro scomparsa talvolta spontanea o sotto l'influenza di una cura.

E nel 1919 egli riassumeva le sue osservazioni nelle parole seguenti: « se si segue il decorso delle reazioni meningee della sifilide secondaria, si constata che la maggior parte delle medesime spariscono in un tempo più o meno lungo, senza esser seguìta da complicazioni nervose; esse sono delle reazioni di origine setticemica, in generale fugaci, come gli altri sintomi di questo periodo ».

Di altri ricercatori cito ancora il Dreyfus. In una statistica (1913) sulla frequenza di alterazioni del liquido nella sifilide recente non curata senza sintomi nervosi figurano 80 % di casi con alterazioni più o meno forti.

In un'altra del 1920 che si riferisce invece a casi male o affatto curati che hanno sifilide più vecchia e sono senza sintomi, si trovano alterazioni del liquido in 19 %.

Dal confronto di queste due statistiche risulta pure che per lo più le alterazioni del liquido che si rinvengono nella sifilide recente non sono che transitorie.

E il Kafka (nel Trattato della sierodiagnosi della sifilide, 1924) riassume il suo giudizio su queste alterazioni in queste parole:

« I reperti nella lue giovane si differenziano da quelli della lue vecchia per i fatti seguenti: sono meno intensi, meno stazionarii e più intensamente e più presto influenzabili dal trattamento. Essi non indicano, che esiste già un processo morboso conclamato del sistema nervoso, ma soltanto una reazione delle meningi ».

In quanto al significato dell'alterato liquido nella sifilide vecchia che si trova anche in assenza di sintomi nervosi, c'è da dire che viene già considerato come indice di un processo morboso del sistema nervoso centrale. E allora la frequenza, con cui viene incontrato, potrebbe informarci anche sulla frequenza delle malattie di questo organo e completare in tal modo le nostre cognizioni cliniche sull'indole della sifilide. S'intende che non sia facil cosa raccogliere un discreto numero di casi e seguirli per molti anni, onde dimostrare il rapporto fra il reperto del liquido fatto in antecedenza, e una malattia nervosa susseguente. E difatti fin'ora non si tratta che di supposizione. Il Dreyfus in base alla sua statistica ragiona nel modo seguente: in 240 casi di sifilide vecchia senza sintomi nervosi si trovano alterazioni del liquido in 19 %, di cui 7 % di grado modico e 12 % di grado intenso.

Ora, siccome generalmente si ammette, secondo l'osservazione clinica, che da 12 fino a 14 % degli infettati s'ammalino di affezioni del sistema nervoso centrale (disturbi pupillari isolati, disturbi dell'acustico, sifilide cerebro-spinale, tabe, paralisi, ecc.), i 12 % da lui trovati corrisponderebbero esattamente a questa cifra.

Allora con questa interpretazione verrebbe ad essere confermata l'osservazione clinica, a cui perciò noi non abbiamo niente da aggiungere.

Il nostro giudizio sulla sifilide, osservata nella collettività, suona quindi:

La sifilide già da decennii è diventata molto più mite di prima, il che vale non soltanto per il suo decorso nei primi anni dell'infezione, ma anche per le affezioni dette terziarie degli organi esterni. Oltre altri fattori, vi ha influito la terapia mercuriale, e nell'ultimo decennio quella con salvarsan. Con questo rimedio riesce anche la cura abortiva. La prognosi da incerta, come era nel *passato, è diventata fausta.*

Intanto questo giudizio non può venire ancora considerato come definitivo, dacchè non abbiamo ancora preso cognizione delle nuove vedute sulla patogenesi delle affezioni parasifilitiche, le quali hanno condotto a un giudizio opposto.

Il nesso causale fra metalue e sifilide è stato

trovato per mezzo dell'osservazione medica: nella paralisi progressiva da Esmarch e Iessen nel 1857 e nella tabe da Fournier nel 1875. Fu confermato dal Noguchi nel 1913 colla dimostrazione del virus nella sostanza cerebrale di paralitici. La metalue è quindi cagionata dalla spirochete della sifilide.

Fin qui non era ancora niente cambiato nel rapporto fra metalue e sifilide. Come altre affezioni sifilitiche possono tener dietro alla sifilide quale eventualità più o meno frequente, cioè allorquando condizioni ausiliarie si verificano, così anche la metalue.

Il rapporto si cambiò invece radicalmente dopo la scoperta delle alterazioni del liquido rachidiano su menzionate che si rinvengono già fino dall'inizio della sifilide anche senza che vi siano sintomi clinici. Il sistema nervoso centrale verrebbe quindi già colpito nei primi mesi dall'infezione e in tal modo il legame anatomico fra sifilide recente e metalue tardiva si sarebbe trovato.

La metalue, secondo questo concetto, non sarebbe più, come per lo innanzi, una eventualità, la quale per il concorso di circostanze di differente genere, e molti anni dopo l'infezione può verificarsi, ma invece un processo morboso latente che s'inizia già precocemente e continua a svolgersi fino a diventare palese anche clinicamente. In altre parole: starebbe nell'indole della sifilide stessa di cagionare la metalue, come qualsiasi altra affezione sifilitica.

La patogenesi della metalue sarebbe quindi: infezione precoce del liquido rachidiano e delle meningi, meningite cronica latente, infine invasione di germi nella sostanza nervosa e comparsa della malattia.

Intanto in modo così semplice non può venire spiegato il decorso della metalue, a ciò si oppongono due fatti importanti. Primo: l'infezione del liquido si verifica frequentemente, eppure la metalue è relativamente rara. Secondo: nel sistema nervoso centrale non esiste soltanto la metalue, ma anche la lue cerebro-spinale tanto differente da questa riguardo a tutto il suo comportamento clinico e terapeutico.

Quindi occorrono oltre l'infezione ancora altri fattori.

Ci vogliono dei fattori che fanno scomparire nel maggior numero dei casi l'infezione del liquido, dimodochè essa non rimane che in un numero limitato. Ora in realtà, come si disse poc'anzi, ciò avviene tanto spontaneamente quanto in seguito alla cura antisifilitica generale. Vi sono peraltro dei casi, in cui le alterazioni del liquido non retrocedono, neanche colla cura. Sono allora questi, in cui in appresso potrebbe insorgere la metalue. S'intende che è assai difficile dare la prova diretta della continuità della meningite latente, perchè si dovrebbe seguire un paziente per molti anni, eseguendo degli esami ripetuti del liquido. Vi sono quindi dei ricercatori che negano tale continuità e sostengono che anche in pazienti con liquido normale in precedenza possa in seguito insorgere l'alterazione del liquido, cui terrà dietro poi la metalue. Quindi l'inizio della metalue non si lascia con sicurezza attribuire ad una infezione precoce delle meningi e la loro infezione potrebbe verificarsi anche molto più tardi. Verrebbe così già contestata una parte della teoria della patogenesi della metalue.

Intanto esiste ancora un fatto che bisogna menzionare, perchè i sostenitori della nuova teoria danno grande importanza al medesimo, e cioè che le alterazioni più gravi del liquido rachidiano nella sifilide recente si trovano nei casi curati, e in specie curati con mercurio e salvarsan insieme. Tali reperti furono fatti da Gennerich, da Kyrle, da Fleischmann. Cito in proposito una statistica del Kyrle. In 618 prostitute un liquido con reperto patologico completo si è trovato: in casi non trattati in 33 %; in casi trattati con Hg. e salvarsan in 34,9 %.

In altre 178 prostitute: senza trattamento in 33 %; trattate con Hg. in 22,3 %; trattate con Hg. e salvarsan in 44,1 %.

Dopo aver citato queste cifre, il Gärtner, un fautore della nuova patogenesi della metalue, dice « che esse dimostrano con chiarezza spaventevole l'effetto deleterio della terapia sul sistema nervoso ». (*Zeitsch. f. Hygiene u. Infekt.*, 1921: Sulla frequenza di paralisi progr. nei popoli civilizzati e non civilizzati).

Che questa conclusione non sia giustificata, risulta da quel che è stato esposto indietro riguardo al valore clinico delle alterazioni del liquido nella sifilide recente. Del resto, come vedremo in seguito, lo stesso Gärtner riconosce che in gran parte le alterazioni del liquido retrocedono spontaneamente.

Riguardo al secondo punto esistono grandi difficoltà e, per vincerle, si è dovuti ricorrere ad una interpretazione del tutto nuova dell'intiera sintomatologia della sifilide. In proposito io espongo quella del Gennerich (*La sifilide del sistema nervoso centrale*, 1922).

La sifilide secondaria è stata sempre considerata quale decorso tipico, costante della malattia e la sifilide terziaria quale decorso particolare che si verifica soltanto in determinate condizioni, fra cui è stato dato molto valore alla mancanza di trattamento specifico nell'inizio della sifilide.

La sifilide secondaria coi suoi sintomi passeggieri è malattia benigna; la terziaria, perchè distruttiva, è maligna.

Secondo il Gennerich invece i sintomi secondarii vengono interpretati quale espressione di una reazione debole dell'organismo all'infezione, quale grado debole d'immunità, che si sviluppa contro l'infezione.

I sintomi terziarii invece quale espressione di una reazione forte, quale grado forte d'immunità.

È lo stato d'immunità sviluppantesi sotto l'azione dell'infezione che dirige l'andamento della malattia. Questa può quindi decorrere in due modi differenti e cioè o col carattere d'immunità debole o col carattere d'immunità forte. Nell'inizio della malattia l'immunità è sempre debole, ma col tempo o può rimanere della stessa intensità, oppure crescere.

Nell'ultimo caso si sviluppa il terziarismo, nel primo invece il periodo secondario non finisce dopo pochi anni, ma perdura tutto il tempo che esiste l'infezione.

(Questo concetto sulla permanenza del periodo secondario viene introdotto allo scopo di spiegare, perchè nella metalue non esiste che infiammazione semplice delle meningi, la quale corrisponde a quella che si trova nella pelle in questo periodo, e non la formazione gommosa, come si riscontra nella lue cerebro-spinale).

Quale luogo principale, donde si parte l'immunità, vien considerata la pelle (e le ossa). Già fino dal principio dell'infezione per la sua estensione essa riceve la massima parte dei germi che ivi stimolano la produzione di corpi immuni, mentre ciò negli altri organi avviene in grado minore. Col tempo, quando diminuisce in tutto l'organismo la quantità dei germi, la pelle continua a conservare la sua posizione preponderante nell'immunità, inquantochè va aumentando la sua funzione immunitaria. Il terziarismo della pelle diventa indice dell'attività dei corpi immuni che conducono all'annientamento dei germi in altri organi. Epperò anche nelle meningi.

Quindi nel caso che ivi esista meningite latente, quale processo iniziale della metalue, colla distruzione dei germi essa viene a cessare e in tal modo scongiurato il pericolo di questa.

Il terziarismo può svilupparsi anche in altri organi, anche nelle meningi, e allora si avrà la lue cerebro-spinale, invece della meningite a carattere secondario coll'esito in metalue.

Sebbene già dal decorso spontaneo della sifilide dipendano le condizioni, che decidono sullo sviluppo o della lue cerebro-spinale o della metalue, pur nondimeno esiste ancora un altro fattore molto più importante, che vi influisce.

E questo fattore non è nè più nè meno che la stessa terapia antisifilitica della sifilide giovane.

Questo concetto trae l'origine dalla spiegazione che l'Ehrlich aveva dato della patogenesi delle neurorecidive, che furono osservate poco tempo dopo l'introduzione del suo sale nella cura antisifilitica. In principio si credeva che esse dipendessero da azione nociva del salvarsan sui nervi, ma lo stesso Ehrlich subito l'escluse, e al contrario attribuiva i disturbi all'insufficienza della cura, consigliando d'intensificarla, per farli scomparire. I risultati gli davano ragione. Il modo, in cui per effetto di cura insufficiente possono prodursi le affezioni nervose, è, secondo lui, il seguente: nel decorso spontaneo della sifilide sotto l'azione dell'infezione si va sviluppando l'immunità specifica, la quale controbilancia l'effetto dannoso dei germi, anche di quelli che risiedono nei nervi.

Quando però, per effetto della cura, i germi vengono bruscamente annientati, vien meno lo stimolo che provoca l'immunità. E nel caso che la distruzione dei germi non è completa, quelli che sopravvivono non incontrano più alcun ostacolo e danneggiano maggiormente i tessuti che non avvenga nel decorso spontaneo della malattia. In fattispecie il salvarsan è bensì capace di distruggere rapidamente le spirochete, purchè sia usato in quantità sufficiente, altrimenti la sterilizzazione rimane incompleta e le spirochete rimaste, specialmente nei nervi meno accessibili alla penetrazione del rimedio, ricominciano la loro azione deleteria.

Questa spiegazione fu accettata universalmente. Ora alcuni studiosi, e fra essi anche il Gennerich, hanno generalizzato questo concetto sulla patogenesi delle neurorecidive, provocate dal salvarsan, e l'hanno trasportato nell'intiero campo della terapia antisifilitica.

Secondo lui qualsiasi intervento terapeutico, eccettuata la terapia sterilizzante magna di Ehrlich eseguita nel principio dell'infezione, crea delle condizioni simili a quelle, considerate dall'Ehrlich. Qualunque trattamento, fatto o con mercurio o con salvarsan, appunto perchè danneggia i germi infettivi o indirettamente come col primo o direttamente come col secondo, intralcia lo sviluppo dell'immunità; ogni effetto curativo sui sintomi non vien raggiunto che a danno della medesima. A seconda l'intensità della cura la sua influenza sull'immunità varia assai: cure deboli la lasciano immutata; una sola cura forte può indebolirla, ma soltanto transitoriamente, inquantochè in seguito dei germi rimasti vivi la possono portare allo stesso livello di prima. Il trattamento che maggiormente riesce dannoso per l'immunità sono le cure ripetute che si sogliono fare nei primi anni della malattia.

Esse impediscono un risveglio forte dell'infezione, che altrimenti si sarebbe potuto sviluppare e avrebbe potuto provocare l'alto grado d'immu-

nità del terziarismo. L'immunità rimane su un livello basso che è favorevole alla persistenza dell'infiammazione cronica delle meningi.

Egli riassume il suo concetto nelle parole seguenti:

« Senza terapia specifica indubbiamente molti casi di sifilide non si ammalerebbero più tardi di parasifilide, ma invece di sifilide terziaria di un organo qualunque ».

Il Gaertner (*Zeitsch. f. Hygiene und Infektkr.*, 1921) condivide le vedute del Gennerich riguardo alla patogenesi della paralisi progressiva.

« Per lo sviluppo della paralisi occorrono più fattori, e cioè:

1) un certo grado di debolezza dell'allergia dell'organismo infettato (disposizione alla paralisi);

2) aumento di questa debolezza allergica a causa di soppressione o di procrastinazione del mutamento allergico, provocata da trattamento specifico in generale...

Per evitare dei malintesi, sia ancora una volta messa in rilievo la debolezza dell'allergia; tutto dipende da essa, altrimenti ogni sifilitico, trattato in modo intenso e per lungo tempo nello stadio secondario, dovrebbe diventare paralitico, supposto che nello stadio recente della sifilide abbia avuto luogo infezione delle meningi.

Ora questa si verifica in più della metà dei casi. E siccome più tardi non muore la metà dei luetici non trattati di sifilide cerebrale, si deve ammettere regressione spontanea ».

Lo psichiatra prof. Wilmanns di Heidelberg ha elaborato pure una teoria simile. « Come si spiega che la metalue nei paesi civilizzati negli ultimi 60 anni mostra aumento spaventevole, mentre la sifilide in tutte le altre sue manifestazioni è diventata molto più mite di prima? e come si spiega che nei paesi meno civilizzati e nei popoli primitivi tutt'ora la sifilide decorre con tutte le sue manifestazioni gravi, come nel passato in Europa, senza che vi si verifichino casi di metalue? ».

La sua risposta è la seguente: nei paesi civilizzati la sifilide già da molto tempo è stata sottomessa a cure energiche, le quali sono state capaci ad attenuare la virulenza delle spirocheti che cagionano le gravi manifestazioni terziarie. Ma queste spirocheti attenuate sono appunto quelle che hanno affinità per la sostanza nervosa.

Il trattamento mercuriale della sifilide recente ha coltivato uno stipite nuovo di spirocheti pallide che non produce più la consueta sintomatologia della sifilide, ma cagiona le malattie cerebro-spinali, la tabe e la paralisi progressiva. Lo stesso stipite è abbastanza costante da trasmettersi colle sue qualità anche in ulteriori infezioni. Laddove la sifilide non vien curata affatto le spirocheti hanno conservato la loro virulenza primitiva e non attaccano che gli altri organi. Il sistema nervoso centrale non è terreno adatto per la loro localizzazione.

Noi vediamo quindi, che, animati dal desiderio di emettere una teoria sulla patogenesi della metalue, si son dovuti capovolgere tutti i nostri concetti e sull'indole della sifilide, tanto recente, quanto vecchia, e sulla terapia della medesima. Si è arrivati a questo punto, perchè si è considerata questa malattia infettiva esclusivamente dal punto di vista eziologico, non tenendo conto di tutte le condizioni ausiliarie che esistono qui, come in tutte le altre malattie simili. Prima si ammetteva per la patogenesi tanto della sifilide terziaria, quanto delle malattie parasifilitiche ancora delle influenze, cosidette banali, che ora vengono lasciate completamente da parte. Rimangono quindi soltanto due fattori: l'organismo e il germe, e con questi riesce impossibile ricostruire l'intiero andamento della malattia.

Continua pure a sussistere fra metalue e sifilide cerebro-spinale tanto nell'intiero comportamento clinico quanto nel processo anatomo-patologico una differenza così grande, che ancor'oggi si può intendere, come il Fournier abbia potuto pensare addirittura ad una eziologia differente. Egli ammette un virus sifilitico nervoso che ha la proprietà di dirigersi direttamente verso il tessuto nervoso, anzichè verso altri tessuti.

A sostegno della sua ipotesi cita dei casi, in cui persone che si erano infettate alla stessa fonte si ammalarono poi di malattie parasifilitiche. Anche l'inefficacia della cura antisifilitica in queste malattie viene spiegata da lui colla natura speciale del virus.

La stessa ipotesi è stata ripresa dal Levaditi, il quale ammette uno stipite speciale di spirochete pallida, che non trova più, come quello comune, un terreno adatto per il suo sviluppo nel tessuto connettivo, nel mesoderma, ma invece nel tessuto nervoso, nel ectoderma. Egli distingue uno stipite dermatropo da uno stipite neurotropo.

Prendiamo ancora separatamente in considerazione l'imputazione, fatta alla terapia antisifilitica, di esser causa dell'insorgenza della metalue! D'ora innanzi come noi dobbiamo regolarci? Dobbiamo astenercene? Fare delle cure più blande che sia possibile, onde far scomparire soltanto le manifestazioni contagiose? Come comportarci di fronte a affezioni terziarie? Dobbiamo esser contenti di vederle comparire e forse rinunziare al loro trattamento?

(In realtà non è oggi la prima volta che si

parla di una influenza nociva della terapia sul sistema nervoso. Nel passato si asseriva qualche cosa di simile riguardo alla tabe, ma, siccome le opinioni in proposito erano fra di loro sempre in contraddizione, l'opera medica non ne fu direttamente toccata.

Il Fournier, il Kron e il Schuster attribuivano alle cure più intense mercuriali effetto accelerante sulla comparsa della tabe.

Per converso lo stesso Fournier attribuisce la tabe alla mancanza o all'insufficienza di cure nella sifilide recente che si verifica principalmente, quando le manifestazioni sono miti. (Mentre i neurologi e alienisti hanno sempre contestato il valore profilattico delle cure per la metalue).

Per la risposta alle nostre domande noi non possiamo fare di meglio che rivolgerci senz'altro agli stessi autori sunnominati.

Il Gennerich (l. c., pag. 22) risponde:

« Innanzi tutto gli è molto dubbioso, se anche non trattato il virus possa riacquistare la sua virulenza originaria. E d'altra parte l'astinenza dalla cura porterebbe ad una maggiore diffusione della malattia a causa della contagiosità delle lesioni sifilitiche recenti. Del resto nel trattamento salvarsanico noi possediamo, come si sa, un rimedio che, usato razionalmente, evita le sterilizzazioni incomplete e che in 95 % dei casi garentisce guarigione definitiva ».

Il Gaertner:

« Sebbene il nostro giudizio sulla guaribilità degli stadii più avanzati della meningite latente debba essere assai pessimistica, bisogna domandarci dal punto di vista dell'igiene, se noi veramente provochiamo danno col trattamento... Sebbene a causa della terapia con mercurio e con salvarsan sia da deplorare l'insorgere della metalue, ciò non è che una perdita sulla via del debellamento della sifilide ».

Infine il Wilmanns:

« Sebbene io debba far responsabile la terapia per lo sviluppo di tabe e paralisi, io sono ben lontano di voler concedere la benchè minima influenza di questa veduta sulla nostra opera terapeutica. Sono bensì persuaso che, sospendendo tutto ad un tratto le nostre cure antiluetiche, l'indole della lue civilizzata non si cambierebbe subito. Noi provocheremmo una forte diffusione della sifilide, ma col tempo noi andremmo incontro alle forme virulenti, simili a quelle che oggi si osservano nei popoli incivilizzati.

Forse la produzione di tabe e paralisi, cagionata da stipiti relativamente poco virulenti di spirochete, non rappresenta che una tappa sulla via di una vieppiù crescente attenuazione della medesima che alla fine condurrà all'estinzione di questa malattia sociale ».

Conclusione: noi continueremo serenamente a curare, come siamo abituati a farlo!

La metalue grava sul prognostico della sifilide non solo per la sua esistenza, ma anche, perchè si asserisce che sia aumentata, almeno la paralisi, sulla cui frequenza esistono le statistiche dei manicomii.

L'aumento si sarebbe verificato negli ultimi venticinque anni del secolo passato. Ciò viene dimostrato in statistiche, confrontando quelle fatte prima di questo tempo con altre fatte in seguito.

Intanto riguardo al valore probativo delle medesime vi sono da far molte riserve:

1) Sebbene la paralisi quale entità morbosa sia stata riconosciuta da Bayle già nel 1823, per molto tempo la nuova classificazione non fu accettata da molti psichiatri. Del resto, siccome questa innovazione non apportava alcuna conseguenza pratica, forse anche per questa ragione molti non se ne interessavano e continuavano a rimanere fedeli alla vecchia classificazione delle pazzie.

Soltanto poco a poco s'introduceva nella pratica l'uso di separare la paralisi da altre forme di pazzia e soltanto allora si era in grado di rendersi conto della sua frequenza.

Di aumento della medesima invece non si poteva pertanto parlare che in seguito, e dopochè era passato un lasso di tempo sufficientemente lungo da permettere dei confronti fra i varii anni.

Quindi l'aumento constatato nel secolo passato potrebbe dipendere, anzichè da un reale aumento di ammalati, piuttosto dal maggiore uso che si faceva della diagnosi di paralisi.

A sostegno di questa supposizione gli è molto istruttiva una statistica, fatta dal Kirchhoff sopra i casi di paralisi, osservati nel manicomio di Sleswig dal 1820-1909. Essa ha dei pregi particolari: le diagnosi erano state fatte in parte dallo stesso Iessen e dallo stesso Esmarch, i quali per i primi hanno emesso il concetto sul rapporto fra paralisi e sifilide e d'altra parte il Kirchhoff non si contentava della sola diagnosi, ma volle controllarla anzi colle storie cliniche stesse. Ora egli viene alla conclusione che, sebbene vi siano nel corso degli ottantanove anni dei periodi con numero di casi in proporzione superiore all'aumento della popolazione, ciò non permette di riconoscervi un reale aumento di paralisi.

Quindi in questo manicomio, in cui i medici già fino dal principio prestavano molta attenzione alla malattia, per cui la sua diagnosi raggiunse presto una grande stabilità, l'aumento non si è constatato.

2) S'intende che, per utilizzare le statistiche ai fini di calcolare le variazioni che possono verificarsi nella frequenza di una malattia, confrontando vari periodi fra di loro, si deve tener conto anche dell'accrescimento della popolazione e

3) della frequenza di altre malattie, ammesse nei manicomi.

Quest'ultimo punto riesce di grande importanza per il computo, inquantochè la frequenza della paralisi vien confrontata con quella delle altre malattie. Siccome vi sono manicomi in cui non sono ammessi, p. e., epilettici e idioti, mentre in altri sì, i risultati debbono diventare assai differenti fra di loro.

4) Però il dato essenziale per tutta la questione rimane sempre mancante, e cioè il rapporto numerico fra paralisi e la frequenza di sifilide in una data regione, appunto perchè non esiste alcuna statistica sul riguardo. Quindi un aumento di paralisi potrebbe semplicemente dipendere da maggiore diffusione di sifilide, verificatasi negli anni che si mettono in confronto, mentre quel che si voleva dimostrare era invece la maggiore frequenza, con cui si verificava l'esito della sifilide in paralisi.

Come si vede, tutto l'argomento è stato messo sul tappeto, pur mancando una base sicura per la discussione.

Intanto occorre aggiungere ancora un altro fatto e cioè che l'aumento si sarebbe verificato maggiormente nelle donne. Cito dal Nonne i dati seguenti: mentre nei manicomi prima il rapporto fra uomini e donne paralitici stava da 8 a 1, dal 1880 in poi è diventato in Germania 4, 3,2 e 3,5 a 1, in Francia 2,4:1 e a Monaco in Baviera nel 1904 e 1905 2:1.

Un altro periodo d'aumento nella frequenza della paralisi è stato trovato per la Prussia dal Gaertner. In una statistica che va dal 1876 fino al 1918 e che dà le cifre dirette dei paralitici, uomini e donne separati, per ogni anno, egli rileva aumento fra 1900 e 1906 per uomini, che manca nelle donne. Egli attribuisce questo aumento alla cura antisifilitica più intensa, cui erano stati sottoposti gli uomini in seguito all'assicurazione obbligatoria di Stato, introdotta fino dal 1880, mentre ciò non era avvenuto nelle donne. (Questo fatto gli servì anche per sostenere la sua tesi sumenzionata dell'influenza nociva di una terapia intensa sulla comparsa della metalue).

Riguardo alla frequenza della paralisi negli ultimi dieci anni, pare che non si sia osservato aumento. Dopo la guerra se ne parlava bensì in Germania e in Francia, ma ulteriori pubblicazioni lo contestavano. Questo periodo ha ancora un interesse particolare, perchè vi dovevano diventare palesi i danni della terapia salvarsanica sul sistema nervoso.

Ci resta a spendere ancora una parola su un'altra nuova veduta che si riferisce alla terapia.

Nella letteratura moderna sulla sifilide s'incontra frequentemente il termine di spirochete mercurio-resistente, di spirochete arseno-resistente. Se ne parla in occasione di singoli casi di sifilide, i quali con uno dei rimedii non guarirono, per cui era necessario cambiarlo coll'altro. Si ricorre allora subito alla spiegazione che o si tratti di uno stipite speciale di spirochete, il quale di natura non è accessibile all'azione del rimedio, oppure di spirochete che sotto influenza del rimedio siano diventate resistenti al medesimo.

Ora la farmaco-resistenza è stata scoperta sperimentalmente dall'Ehrlich nei tripanosomi, e cioè in protozoi. Se questo fatto valga anche per i batterii, non si sa ancora.

Il Morgenroth, il quale da questo punto di vista ha studiato specialmente gli streptococci e pneumococci, riassume il suo giudizio in un referto sulla farmaco-resistenza specifica dei batterii. (*Deutsch. Mediz. Woch.*, 1925).

« Oggi non è ancora possibile decidere, se — il che sarebbe di massima importanza per il clinico — durante il trattamento chemoterapico sia da aspettarsi la formazione di germi farmaco-resistenti. Fin'ora la letteratura clinica non vi fornisce dei fatti precisi. Le mie ricerche invece parlano nel senso che nei batterii al posto delle modificazioni stabili di farmaco-resistenza, la quale nei protozoi patogeni sembra sia la regola, si stabiliscano piuttosto delle varietà avirulenti, che sono radicalmente cambiate nel loro comportamento biologico, come noi l'abbiamo osservato in ispecie nei pneumo- e streptococci. Gli agenti chemoterapici fin'ora conosciuti spiegano accanto alla loro azione battericida innanzi tutto una azione sulla virulenza dei batterii e cioè diminuendola e cambiando tutto il loro comportamento biologico ».

Del resto già le occasioni in cui spesso si suole parlare di farmaco-resistenza suscitano sospetto. Allorquando fu introdotto in terapia il salvarsan, si sentiva già parlare del gran numero di casi di sifilide mercurio-resistenti che appunto allora potevano venire salvati col nuovo rimedio. Ora ciò riusciva di grande sorpresa ai medici che da tanto tempo avevano curato dei sifilitici e che sapevano bensì che esistono dei casi, in cui il mercurio non spiega la sua abituale efficacia, ma sapevano anche che questi sono casi rarissimi, tanto rari da rimanere impressi nella memoria.

Quando di recente fu introdotto il bismùto, si ripeteva lo stesso fatto: esso fu vantato come unico rimedio nei casi che allora non erano più soltanto mercurio-resistenti, ma anche arseno-resistenti. Se domani si troverà nel vanadio un nuovo antisifilitico, c'è da aspettarsi che si troveranno anche dei bismuto-resistenti. Dunque la farmaco-resistenza delle spirochete, provocata dalla nostra terapia, non è che semplice presunzione e nient'altro.

Noi ripetiamo quindi che dal confronto fatto fra la sifilide di cinquant'anni fa e la sifilide degli ultimi vent'anni e in ispecie dell'ultimo decennio, risulta che la sua indole è diventata molto più mite. Nella sifilide giovane molti sintomi che prima si osservarono frequentemente, oggi mancano o non si presentano che di rado. Spesso decorre anche senza sintomi. Delle affezioni distruttive, terziarie che allora comparivano già nei primi tre anni della malattia, ora vi fanno completamente difetto e non si manifestano che tutt'al più molto tardi. Esse di fronte al passato sono assai rare e molto meno gravi. (Ciò si riferisce alle affezioni tardive degli organi esterni, mentre su quelle degli organi interni non è possibile farsi un giudizio).

Questo cambiamento della sifilide dipende, oltre da altri fattori, dal miglioramento della terapia, il quale si è verificato già prima col mercurio e nell'ultimo decennio col salvarsan.

Col salvarsan ancora si è riusciti a realizzare anche la cura abortiva, cui si aspirava sempre.

Secondo le moderne vedute sulla sifilide invece questa miglioria della sua indole non è che apparente, in realtà sarebbe avvenuto per converso un peggioramento. Mentre nel passato essa si localizzava a preferenza negli organi esterni, ora invece fino dapprincipio si localizza nel sistema nervoso centrale e più frequentemente di prima mette termine ad affezioni parasifilitiche. Questo mutato comportamento è cagionato dalla stessa terapia antisifilitica, fatta sia con mercurio che con salvarsan.

Quel che è da temere nella sifilide, non è già il terziarismo, il quale anzi preserva il sistema nervoso centrale dalla comparsa della metalue, ma invece questa. E tanto più che almeno la paralisi si trova in crescente aumento.

Noi abbiamo cercato di separare in questi nuovi concetti sulla sifilide i fatti veramente osservati, su cui sono basati, dalle supposizioni e dalle ipotesi che servono a collegarli.

Si è visto che la persistenza della R. W. in assenza di segni clinici non ha il significato che esiste una malattia nascosta, ma indica solamente l'infezione. Questo fatto era già molto prima conosciuto, e cioè che in assenza di segni clinici persisteva la diatesi, e se ne è sempre tenuto conto nella descrizione clinica e nella prognosi. Nel nostro giudizio sulla miglioria della sifilide è quindi incluso anche questo fatto e non è necessario cambiarlo.

Le alterazioni patologiche del liquido rachidiano che con grande frequenza si rinvengono già nella sifilide giovane non hanno il significato che esiste meningite e tampoco che s'inizia già una malattia del S. N. C. I competenti la considerano quale reazione delle meningi all'infezione, che non è che transitoria e che sparisce o spontaneamente o colla cura antisifilitica.

Anche la maggiore intensità di queste alterazioni sotto l'azione della cura salvarsanica vien giudicata allo stesso modo.

Quindi tutte le conclusioni di grande portata che si è voluti trarne riguardo alla patogenesi della metalue e riguardo agli effetti nocivi di qualsiasi trattamento antisifilitico sono campate in aria.

Gli stessi autori della nuova teoria sulla patogenesi della metalue si sono trovati in imbarazzo di fronte alla grande frequenza delle alterazioni, che non corrisponde affatto alla frequenza della metalue e hanno dovuto ammettere anch'essi che scompariscono sia spontaneamente che colla cura.

Gli stessi reperti del liquido, quando si trovano nella sifilide non più recente e nella sifilide vecchia, senza che vi siano sintomi clinici da parte del S. N. C., acquistano altro significato e indicano veramente una malattia del medesimo. Ma ciò non cambia per niente le nostre cognizioni cliniche sulla frequenza di tali malattie, perchè la frequenza dei reperti patologici del liquido corrisponde esattamente alla medesima (secondo il Dreyfus).

L'aumento della paralisi è stato dedotto da statistiche le quali per varie ragioni sono di assai dubbio valore. Ma innanzi tutto è la mancanza di una statistica sulla diffusione della sifilide, con cui sarebbe stato necessario confrontarle, che avrebbe dovuto far desistere da tale impresa. L'aumento vi sarà stato certamente in seguito alla maggiore diffusione della sifilide, ma l'esito più frequente della medesima in paralisi non è che presunzione.

Le affermazioni che la stessa cura antisifilitica provochi la metalue rimangono nel campo teorico, dacchè gli stessi autori ci consigliano di continuare a curare la sifilide. La nostra opera seguirà quindi la stessa direttiva di prima. Noi siamo convinti che la terapia ha avuto già molti successi negli ultimi cinquant'anni e nutriamo la speranza che col tempo aumenteranno ancora, pure riguardo alla metalue.

NOTE E CONTRIBUTI.

Brefotrofio di Faenza.

Vitamine e reazioni allergiche tubercoliniche

pel dott. Paolo Galli, direttore.

In ogni individuo tubercoloso o tubercolizzato la lotta che si sta svolgendo o si è svolta fra i parassiti penetrati e i mezzi di difesa dell'organismo, tende a determinare o ha determinato uno stato che si suol chiamare immunitario, ma che meglio sarebbe definire come *resistenza alla infezione*.

Indice di questa situazione è la reazione cutanea alla tubercolina (allergia), la quale denota inoltre che la lotta impegnata dall'organismo contro l'agente patogeno non è finita, non è ancora decisa. Infatti noi non possiamo affermare la vittoria dell'organismo cioè la guarigione del processo tubercolare se non quando alla *allergia* subentri una *anergia positiva*.

Lo stato allergico non si vuol riconoscere quale sinonimo di stato immunitario di un organismo; però esso esprime e in un certo senso misura la resistenza all'infezione o il lavorio che sta compiendo l'organismo per creare questa resistenza; in altri termini l'allergia tubercolinica può considerarsi come espressione di una funzione di protezione e quindi può servire colle sue variazioni ad esplorare il comportarsi del principale elemento della difesa naturale, cioè la resistenza e la reattività delle cellule.

Nell'infezione tubercolare la situazione immunbiologica non è stazionaria e definitiva, come per le altre infezioni in genere, ma è mutevole e variabile; esiste cioè un equilibrio instabile che può venire facilmente turbato da fattori riferibili al processo morboso e da cause inerenti all'organismo.

Però esclusi i casi di reinfezione esogena, non certo frequenti, il risveglio o l'aggravamento di un focolaio tubercolare è strettamente legato alle condizioni di resistenza dell'organismo: se intervengono cause di qualunque natura (infezioni, malattie dell'apparato digerente, surmenage fisico ecc.) capaci di sospendere o sopprimere le resistenze organiche, l'equilibrio immunitario è rotto e il focolaio bacillare si riaccende o si aggrava, e ciò tanto più facilmente, quanto più duraturo è questo periodo di scemata o soppressa resistenza.

Anche in questi casi la reazione cutanea alla tubercolina segue i cambiamenti della situazione: infatti si assiste alla trasformazione della *allergia* precedentemente constatata in *ipoergia*, spesso anzi in *anergia negativa*, le quali precedono e quindi vengono a predire la imminente acutizzazione bacillare.

Si comprende pertanto come negli individui portatori di un focolaio tubercolare sopito o comunque reagenti positivamente alla v. Pirquet sia di importanza somma il sorprendere e combattere subito questo stato di squilibrio immunitario al fine di prevenire un facile risveglio del focolaio bacillare. Così io concludevo un mio precedente lavoro sulla « *allergia tubercolinica e pertosse* », nel quale dopo aver dimostrato che questa malattia, come altre infezioni, è capace di sospendere o sopprimere la reattività alla tubercolina, richiamavo l'attenzione dei pratici sui pericoli che trae seco questo cambiamento nella situazione immun-biologica di un organismo bacillizzato, e citavo a riprova due casi a me capitati.

Da allora (1923) ad oggi ogni qualvolta mi sono imbattuto in casi simili, non ho trascurata la ricerca sistematica e ripetuta della reattività tubercolinica, e quando trovavo l'*anergia* subentrata alla *allergia*, intervenivo prontamente a stimolare le resistenze e i poteri difensivi dell'organismo.

A tale scopo mi sono servito delle vitamine isolate ed è su questa applicazione che qui voglio riferire.

***

Le mie osservazioni riguardano 35 bambini di sesso diverso (M. 20 - F. 15) e di età variabile.

Ad evitare tediose ripetizioni ometto le storie cliniche, le quali se non nei dettagli, certo nella parte che più ci interessa, si rassomigliano. Mi limito a dire che questi bambini, a me ben noti per ricerche precedenti, erano portatori di un focolaio bacillare latente, la qual diagnosi io basavo sull'anamnesi (notizie di contagi famigliari, pregressi attacchi di natura specifica), sulla v. Pirquet nettamente positiva, sull'esame fisico e non rare volte sull'esame radiologico.

Un gruppo di essi, da 4 anni circa a 10-11 anni di età ammalarono in epoche diverse delle seguenti malattie:

di pertosse n. 11 (m. 7 - f. 4);
di morbillo n. 9 (m. 4 - f. 5);
di febbre tifoide n. 3 (m. 2 - f. 1);
di colite dissenteriforme n. 2 (m. 1 - f. 1);
di scarlattina n. 1 (m. 0 - f. 1);
di grippe complicata n. 1 (m. 1 - f. 0).

A questi si deve aggiungere un gruppo di bambini nel 2° anno di età (m. 5 - f. 3), i quali in seguito al divezzamento ed a errori dietetici protratti erano caduti in uno stato di ipotrofismo notevole.

Nei bambini del 1° gruppo io constatai durante la fase acuta della malattia la scomparsa dell'allergia tubercolinica: essi non reagivano alla v. Pirquet e quelli in cui fu praticata, neanche alla Mantoux. Nè di ciò potevo io sorprendermi, essendo cognizione acquisita questa dell'influenza che certe malattie infettive esercitano sulla reattività alla tubercolina. Però fecero eccezione i tre casi di febbre tifoidea e i due casi di colite dissenteriforme, nei quali si ebbe una semplice ipoergia durante il periodo di stato della malattia, cui seguiva anergia assoluta nel periodo della convalescenza.

Anche nei bambini del II gruppo la cuti-reazione dette esito negativo: ma per essi ci si poteva domandare se la reattività tubercolinica più che soppressa non fosse invece nascosta per ragioni puramente locali, riferibili cioè allo stato della pelle. È risaputo infatti che lo stato della cute non è senza influenza sulle manifestazioni locali dell'allergia tubercolinica, e come la diatesi essudativa può fare esagerare la reazione, può nasconderla invece quell'ipotrofismo cutaneo che è proprio del deperimento generale e della cattiva alimentazione. In questo senso avrebbero concluso le ricerche di Rominger e di Dielt. Ma in tali casi l'esito diverrebbe positivo se la inoculazione della tubercolina venisse eseguita non sopra, ma sotto la cute: invece nei miei bambini il risultato fu negativo in qualunque modo fosse inoculata la tubercolina. Potevo dunque concludere che l'anergia tubercolinica non era nascosta, ma realmente soppressa anche nei bambini del II gruppo.

La durata della *anergia* conseguente a certe infezioni e a certi stati ipotrofici non è esattamente nota, anche perchè ricerche molto estese non sono state eseguite intorno a questo particolare argomento. Solo si afferma che la reattività tubercolinica riappare nel caso del morbillo coll'estinguersi dell'esantema o dopo 6 giorni dallo scoppio del medesimo (Moltschanoff, Pincherle e Fini, Marfan): di altre malattie si dice vagamente che riappare a guarigione avvenuta.

In ricerche precedenti che ho avuto campo di eseguire in alcune epidemie ho constatato quanto appresso. Nella *pertosse* la durata dell'anergia tubercolinica può essere di 60-90 giorni a seconda della durata della malattia: qualche volta può persistere anche quando la tosse ha perduto i suoi caratteri spasmodici e la forma infettiva sembra estinta.

Nel *morbillo* il ritorno della sensibilità alla tubercolina è abbastanza sollecito quando il decorso è regolare; per contro tarda molto a ricomparire nei casi complicati (bronco-pneumonite).

Nelle *forme intestinali* (tifo, paratifo) per solito l'allergia si attenua o scompare nel periodo di stato per riapparire nella convalescenza: in qualche caso ho riscontrato un comportamento inverso, come già ebbero a constatare Paisseau e Tixier.

Nelle *forme grippali* quando siano complicate a processi bronco-pneumonici l'anergia si mantiene piuttosto a lungo anche a malattia finita.

Negli *stati ipotrofici* l'andamento della sensibilità alla tubercolina è molto variabile e incostante: se in base a prove ripetute sullo stesso soggetto si stabiliscono delle curve, si vedono delle oscillazioni un po' strane: comunque prevale sempre la ipoergia e l'anergia assoluta.

Questo premesso i risultati da me ottenuti coll'uso delle vitamine nei casi sopracitati si possono così riassumere.

Molto interessante è il gruppo dei pertossici. In essi quando io ero riuscito coi metodi in voga (vaccino-terapia, etero-terapia associate od isolate a seconda delle circostanze) a mitigare la violenza della malattia ricorrevo subito alle iniezioni di vitamina e ordinariamente in capo a 10-15 giorni io assistevo al ritorno della sensibilità alla tubercolina, la quale in cotal modo riappariva prima ancora che la malattia fosse finita e si conservava in seguito in modo definitivo.

Nei morbillosi, nei quali pure ricorrevo all'uso delle vitamine non appena l'esantema fosse svanito, l'allergia tubercolinica faceva prontamente la sua ricomparsa e se nei casi ordinari si voglia negare a questo fatto ogni valore, in quanto il fenomeno può ritenersi spontaneo, nei casi a decorso anomalo (complicazioni bronco-polmonari), in cui il periodo anergico è notoriamente più duraturo, l'influenza benefica delle vitamine è stata pronta e sorprendente. E l'identico fenomeno ebbi a rilevare nel caso di grippe complicato a bronco-pneumonite. Le forme intestinali (febbri tifoidee, coliti) cadute sotto la mia osservazione avevano presentato nel loro decorso certi caratteri di gravezza, pur conservando, benchè molto attenuata, la sensibilità alla tubercolina. A malattia superata questi bambini, con un deperimento organico impressionante, avevano anergia tubercolinica assoluta. L'uso sollecito ed energico delle vitamine riportava ben presto la reattività specifica ad un grado molto notevole.

Ma un fatto che mi preme di far rilevare e che fu comune a tutti i bambini, è questo. In essi lo stato di denutrizione era quanto mai rilevante in rapporto alla natura delle rispettive malattie: nei pertossici i vomiti facili e frequenti impedivano una adeguata alimentazione: negli ammalati d'intestino la natura cachetizzante dell'infezione determinava un forte depauperamento dell'organismo: negli affetti da bronco-pneumonite morbillosa o grippale il decorso lungo o astenico della

forma morbosa si ripercuoteva in modo allarmante sulle condizioni generali. Orbene, ancora prima che questo stato generale miserevole migliorasse e guarisse, io ho visto con la cura vitaminica il ritorno della allergia tubercolinica, la quale dunque si doveva attribuire non tanto al rifiorire palpabile, grossolano delle condizioni generali, quanto ad una particolare ed intima azione delle vitamine stesse sugli elementi cellulari.

Sul II gruppo comprendente bambini in istato di ipotrofismo dovuto a protratte turbe della nutrizione, gli effetti delle vitamine iniettate non furono uniformi: nei casi in cui vi era semplice ipoergia, il ritorno ad una squisita sensibilità alla tubercolina apparve sollecito: nei casi invece in cui vi era anergia completa, il ripristino della reattività specifica fu più lento e qualche volta essa non ha raggiunto un grado notevole, ma si è limitata ad una reazione ipoergica dimostrabile colla Mantoux. Ad ogni modo anche sui bambini di questo gruppo l'influenza benefica delle vitamine si è manifestata prima ancora che le condizioni generali, desunte dal peso e dagli altri segni obbiettivi, fossero riportate ad uno stato di salute perfetta.

*
* *

Questi i fatti rilevati. Quanto alla loro interpretazione e al loro significato noi dobbiamo risalire agli studi recenti circa i rapporti fra immunità e vitamine.

Anzitutto la clinica e l'esperimento hanno dimostrato che i regimi carenzati e gli stati avitaminici riducono o sopprimono la refrattarietà o la resistenza alle infezioni. Così parlano i lavori di Canalis e Morpurgo, di Gaertner, di Müller, di Petrignani, di Guerrini. In tali condizioni si è trovato inoltre diminuita la produzione della fagocitosi (Trommsdorff), scomparsa l'azione alessinica del siero (Bataunin e Boccardi, London), diminuito il complemento (Lüdke, Racchiusa), abbassato il potere battericida ed emolitico del siero (Moro), e il potere di formazione delle agglutinine (Guerrini).

Per converso altre esperienze (Lorenzini) hanno dimostrato che le vitamine isolate possono reintegrare le reazioni immunitarie demolite dai regimi carenzati e dagli stati avitaminici e possono esercitare un'alta influenza nel giuoco delle difese organiche contro le aggressioni infettive.

Anche nel campo della tubercolosi le osservazioni cliniche e le ricerche sperimentali di Stepp, Renon, Abderhalden, Setti, Cramer, Mauriquant, Bielig, Werkmann, Muthu, Bassau e Scherzer, Centanni, Lorenzini hanno messo in evidenza che le avitaminosi predispongono alle malattie tubercolari o ne accelerano il decorso. D'altra parte in recenti comunicazioni (Vogel) si ripete e si sostiene che le vitamine sono il veicolo principale dei meccanismi della immunità naturale e perciò meritano un largo posto nella prevenzione e nella cura della tubercolosi.

Tale opinione sembra trovare la sua dimostrazione e conferma anche in questo mio tenue contributo che riguarda i rapporti fra la reazione alla tubercolina e l'uso delle vitamine isolate.

La sensibilità alla tubercolina, essendo propria in gran parte delle cellule e rappresentandone un fenomeno di reazione, richiede per esplicarsi che le cellule stesse abbiano a loro disposizione una certa quantità di energia; infatti ogniqualvolta per questa o quella causa la nutrizione della cellula è depressa, la reazione tubercolinica, come ogni altra manifestazione di attività cellulare, si affievolisce e scompare.

L'uso delle vitamine isolate, potendo rinvigorire la reattività tubercolinica dove era scemata o risuscitarla dove era scomparsa, conferma appunto che le vitamine agiscono sugli elementi cellulari, stimolandone le energie latenti, riattivando la loro capacità reattiva e quindi la loro capacità di difesa.

Questa parmi sia la conclusione che emerge dalle mie osservazioni cliniche, alle quali se un appunto può muoversi, sarà quello della esiguità numerica. Perciò esse meritano, ed io me lo auguro, il controllo e la conferma di altri osservatori.

Conclusione pratica poi, se trarne una è lecito, può essere questa, che nei portatori di un focolaio tubercolare latente o meno e reagenti positivamente alla v. Pirquet, sarà utile, anzi indispensabile, ricorrere all'uso delle vitamine isolate non appena nel corso o nella convalescenza di un processo infettivo o distrofico che li abbia colpiti, si constati la scomparsa della allergia tubercolinica precedente e si verifichi che la ipoergia o anergia che ne è seguita, duri di soverchio.

BIBLIOGRAFIA.

ABDERHALDEN. Citato da CENTANNI: loc. cit.

BASSAU e SCHERZER. *Immunotiologie der tuberkulose.* Klinische Woch., 1925.

BAKAUNIN e BOCCARDI. *Riforma medica,* 1891, vol. III.

BIELING. Zeits. f. Hig. u. Infek., 101, 442, 1924.

LONDON. Citato da KOLLE e WASSERMANN, 1912, vol. I.

CANALIS e MORPURGO. Rivista d'Igiene e Sanità pubblica, 1890, e Fortschritte der Medizin, 1890.

CENTANNI. Rassegna Clinico-Scientifica dell'Istituto Biochimico Italiano, 1925, n. 5.

CRAMER. Brit. Journ. esperim. Pathol., 3, 298, 1922.

DIFLT. Monatsschrift f. Kinderheilkunde, 1921, n. 5.

GAËRTNER. Ziegler Beiträge, Bd. 9.

MÜLLER. Citato da KOLLE e WASSERMANN, 1912, vol. I.

GALLI. La Pediatria, 1923, n. 20.
GUERRINI. Pathologica, 1921, pag. 308.
LORENZINI. Pensiero Medico, 1925, n. 8.
LÜDKE. Münch. Med. Woch., 1905.
MARFAN. Presse médicale, 1924, n. 98 e n. 102.
MOURIQUAND, G. MICHEL, PAUL et BERTOYÉ. Comp.-rendu Soc. Biol., 87, 854, 1922; Presse médicale, 30, 861, 1922.
MOLTSCHANOFF. Jarb. f. Kinderheilkunde, 5 apr. 1912.
MORO. Wiener Med. Woch., 1905.
MUTHU. The Brit. Med. Assoc.; Brit. Med. Jour., II, 160, 1920.
PAISSEAU e TIXIER. Paris médical, 27 janvier 1912.
PETRAGNANI. L'Igiene Moderna, 1921, n. 5 e 6.
PINCHERLE e FINI. Rivista di Clinica Pediatrica, 1914, n. 8.
RACCHIUSA. Estratto dagli atti R. Acc. Peloritana, CXLI, vol. XXX.
RENON. Bull. gén. de Thérap., 30 jull. 1914.
ROMINGER. Monatsschrift f. Kinderheilkunde, 1921, n. 1.
SETTI. Biochimica e terapia sperimentale, 1922, n. 7.
ID. Ibid., 1923, n. 5 e 6.
ID. Ibid.. 1924.
STEFP. Klin. Woch., I, 881.
TROMMSDORFF. Central f. Bakter. bol. 32, Orig.
VOGEL. Congresso per la tubercolosi a Davos, agosto 1924.
WERKMANN. Journal of infectious diseases, 32, 247, 1923.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

SANATORIO SAN PANCRAZIO IN ARCO (TRENTINO)
Dott. DOMENICO SARTORI, direttore.

Su un caso di piopneumotorace spontaneo

per il dott. ALDO STAINER, aiuto.

Complicazione non rara nel decorso della tubercolosi polmonare, sia nei primi stadi della malattia che nel periodo terminale, è il formarsi di un pneumotorace spontaneo che quasi sempre assume subito una certa gravità. Tale complicazione però talvolta, per la scarsezza dei sintomi immediati, può passare inosservata e solo si riconosce a distanza di tempo più o meno notevole, per le conseguenze che ne seguono. Ne è un esempio il seguente caso di piopneumotorace spontaneo manifestatosi in persona luetica, che — pur essendo abbastanza grave — ebbe decorso assai benigno, con pochi sintomi soggettivi all'apparecchio respiratorio, a maggior sintomatologia soggettiva extrapolmonare, gastrointestinale.

(Estratto della cartella clinica n. 72, anno 1923-1924)

S. A., d'anni 34, contadino, da P. (Trento), celibe. Forte fumatore; modico nel bere. Anamnesi famigliare negativa. Nulla sa riferire su malattie della gioventù. Nel 1914 combattè in Galizia; fatto prigioniero nello stesso anno, rimase in Russia fino al 1921, soffrendo ogni sorta di strapazzi, specie la fame. Nel 1920 presentò sifiloma iniziale alla bocca (labbro inf. sin.); fu curato allora con mercuriali per circa un mese. Non fece poi più alcuna cura antiluetica, nè gli fu mai eseguita la reazione di Wassermann. Nel 1921 scorbuto. Ritornato in patria (1921) riprese dopo poco tempo il lavoro di contadino, godendo ottima salute.

Verso la fine del giugno 1923, mentre tutto in sudore lavorava in campagna, fu sorpreso da un acquazzone; rincasato presentò febbre — che il paziente dice « altissima », e che tale sarebbe durata 3-4 giorni —, inoltre tosse frequente, violenta con espettorazione abbondante verdastra, leggera difficoltà di respiro. Il medico del paese fece diagnosi di bronchite acuta. Lasciò il letto dopo circa tre settimane, ma da allora non riebbe più la sua primiera salute, notando sempre facile stancabilità, qualche raro colpo di tosse la mattina, secca o con modica espettorazione, grave inappetenza, digestione cattiva, per cui non riprese più il lavoro faticoso della campagna, attendendo invece ad occupazioni più leggere in casa.

Nell'aprile 1924, impressionato dai suoi disturbi intestinali, che certo — dice — erano causa della sua progressiva debolezza, senza interrogare il medico del paese (fu visitato l'ultima volta nel luglio 1923, al termine della bronchite) venne spontaneamente ad Arco per sottoporsi a una terapia disintossicante presso la cura naturale di qui. Il Collega di quella Casa di salute, visitatolo, lo inviava qui nel sanatorio San Pancrazio, nel quale il paziente si decise ad entrare (3 aprile 1924) pur molto a malincuore, non volendo credere assolutamente di essere affetto di malattia polmonare.

Esame obbiettivo: costituzione scheletrica regolare, nutrizione scarsa, sanguificazione deficente. Piccola zona apigmentata all'angolo boccale sinistro. Peso kg. 70,800 (vestito).

Esame dell'apparecchio respiratorio: Emitorace destro visibilmente più espanso del sinistro; spazi intercostali e fosse sopra e sottoclaveari appiattite a destra, rientranti a sinistra. Nella respirazione l'emitorace d. è più lento e mostra una minore escursione del sinistro.

Polmone d.: posteriormente: dalla base alla metà della scapola ottusità con abolizione del f. v. t. e silenzio respiratorio; al disopra suono leggermente timpanico e respiro a tratti bronchiale con rantolini sottocrepitanti; anteriormente: ottusità marcata fino sotto la clavicola, dove c'è aumento del f. v. t. e broncofonia; nella sopraclaveare respirazione bronchiale. Base polmonare inf. immobile. Si nota evidentissima succussione ippocratica.

Polm. sin.: anteriormente e posteriormente respiro rinforzato, aspro all'apice; nella regione sotto-ascellare espirazione sensibile e protratta. Base polmonare mobile.

Esame dello scarso espettorato purulento nummulare: fibre elastiche assenti, presente il bac. di Koch (1-2 bac. p. c.).

Cuore leggermente spostato a sin.; toni netti; polso 98; pressione al Riva-Rocci 115 Hg.

R. W. fortemente positiva (++++).

L'esame degli altri organi non mostra nulla di anormale.

La puntura esplorativa eseguita sulla ascellare

media di destra, in corrispondenza del VI spazio intercostale, dà esito a un liquido denso purulento. L'esame del sedimento dimostra presenza del bac. di Koch in discreta quantità e assenza di altri microorganismi.

Radioscopia: dimostra la presenza di liquido; forte opacamento dell'apice destro con zona di carattere nettamente cavitario all'altezza della clavicola; leggera velatura dell'apice sin., rischiarantesi colla tosse.

Nelle prime due settimane di osservazione (3-17 aprile) l'ammalato non presentò mai una temperatura (misurata in bocca 4 volte al giorno) superiore ai 37°.

Il giorno 17 aprile si procede all'estrazione di 400 cmc. di pus con contemporanea insufflazione di 500 cmc. di azoto nel liquido stesso. Impossibile leggere la pressione iniziale; quella finale tende leggermente al positivo. Persiste succussione ippocratica. Due giorni dopo s'inizia la cura antiluetica con neosalvarsan (0.15).

Non è possibile procedere alla seconda completa evacuazione del pus, perchè l'iodio con cui si è disinfettata la pelle nel punto d'infissione dell'ago, ha dato origine per idiosincrasia a un esteso eczema bolloso, che dura circa tre settimane. Si praticano frattanto altre due iniezioni di neosalvarsan (0.30-0.45). L'ammalato ha mostrato talvolta in queste tre settimane qualche leggero rialzo termico serotino fino a 37.2-37.4 in bocca.

Il giorno 7 maggio si estraggono altri 1350 cmc. di pus, mettendo l'ammalato sul fianco destro (onde poter estrarre quasi tutto il versamento) con susseguente insufflazione di 1000 cmc. di azoto (pressione iniziale -20-25, pressione finale +14+15, coll'apparecchio Forlanini). È scomparsa la succussione ippocratica.

Il giorno della totale evacuazione del pus, l'ammalato mostrò alla sera rialzo febbrile fino a 38.2; il giorno appresso toccò solo 37.4, e nei cinque giorni seguenti non superò mai 36.8.

Il giorno 14 maggio il paziente, per ragioni di famiglia, deve abbandonare il sanatorio.

È nel complesso molto migliorato. Anche soggettivamente egli si sente più in forza. L'appetito è notevolmente aumentato; la digestione è buona; qualche rarissimo colpo di tosse al mattino; l'espettorazione purulenta del mese precedente si è fatta sieromucosa; negativa per due volte la ricerca del bacillo di Koch; aumento del peso corporeo di kg. 2.100.

L'esame fisico dimostra: nel polmone sin. respiro vicariante con qualche zona di respiro aspro all'apice; al polmone destro in alto respiro bronchiale, sul rimanente ambito sintomi di pneumotorace.

Ad un anno di distanza l'ammalato dà notizia di sè. Ritornato in famiglia, dopo un mese gli fu evacuata ancora « una grande quantità » di pus, e gli fu praticato il pneumotorace. Il mese appresso di nuovo « un po' di liquido » e pneumotorace. Da allora il liquido non si sarebbe più riformato, mentre gli venne praticato regolarmente il pneumotorace. Afferma di sentirsi molto meglio in confronto dell'anno scorso.

Il Breccia, parlando del pneumotorace spontaneo, distingue nella sua evoluzione due periodi ben netti: il primo immediato (pneumotoracico), il secondo evolutivo (piotoracico).

« Il primo periodo delle reazioni immediate è « dipendente, in parte, dallo stato dell'infermo, « dallo schoc derivante dalla brusca insorgenza « delle nuove condizioni e dei fenomeni di infe« zione immediata, in parte, dalle modificazioni « meccaniche, quali la riduzione improvvisa del« l'area respiratoria, dallo spostamento del me« diastino e via dicendo. Temperatura elevata, « tachicardia, ambascia di respiro, dolori toraci« ci, dispnea, disturbi riflessi dell'apparecchio cir« colatorio, sono i primi fenomeni che delineano « il primo periodo.

« Questo stato va di mano in mano attenuan« dosi per scomparire entro circa tre settimane. « La fine del primo periodo coincide collo stabi« lirsi d'un versamento sieroso o più frequente« mente purulento, il cui evolversi domina tutta « la fenomenologia del secondo periodo (periodo « di suppurazione pleurica) ».

Nel nostro caso l'insorgenza del periodo pneumotoracico passa affatto inosservata per la scarsezza dei sintomi. Nulla di notevole appare dall'anamnesi raccolta dall'ammalato. Solo dopo che egli ebbe visto con somma meraviglia il pus abbondante, e dopo nostre pazienti reiterate domande, ci informa che verso la fine del giugno 1923 (circa una settimana prima della « bronchite »), saltando un fosso mentre accompagnava il salto con un energico movimento a cerchio del braccio destro, sentì d'un subito un acutissimo dolore alla spalla destra, dolore che andò lentamente diminuendo, finchè dopo 24 ore era del tutto scomparso. Di tale dolore, che il medico del paese disse di origine muscolare, non ebbe poi più a soffrire. Nessun altro sintomo grave. Fu questo l'inizio, per la probabile rottura della caverna visibile radioscopicamente al lobo sup. del polmone destro?

Una settimana dopo fu colto da « bronchite ». Ma questa bronchite caratterizzata, secondo l'ammalato, da febbre « altissima » — che tale rimane 3-4 giorni e che poi scompare rapidamente —; da tosse violenta e frequente; da espettorazione abbondante verdastra; da leggera ambascia respiratoria, non fu più che una bronchite una riacutizzazione del periodo pneumotoracico o i primi sintomi di reazione pleurica, che per aver avuto inizio durante il lavoro faticoso in campagna sotto un acquazzone, fu frettolosamente dichiarato e curato come bronchite?

Certo che desta molta meraviglia il fatto che l'ammalato, lasciato il letto dopo circa tre settimane di degenza, non abbia mai notato alcun disturbo all'apparecchio respiratorio. Si sente debole e stanco, tanto che non riprende più i lavori faticosi di prima; ha qualche colpo di tosse ta-

lora alla mattina; pochissima espettorazione; assoluta mancanza di appetito. Ma nulla di particolare riferisce a proposito dell'emitorace destro, che pur racchiude una buona quantità di liquido. Non gli ha mai dato nè gli dà alcun disturbo. Non ha mai notato nulla di anormale nel suo organismo, toltone il disturbo gastrointestinale che più lo ha impressionato e che lo ha spinto, senza interrogare alcun medico, a rivolgersi ad uno specialista di malattie gastroenteriche.

Solo quando vede il pus evacuato sa riferire che un giorno — circa un mese e mezzo prima della sua entrata in sanatorio, e quindi dopo otto mesi dall'affezione bronchiale —, mentre era seduto su una sedia a dondolo e faceva a caso dei movimenti di va e vieni, gli parve avvertire « un qualche cosa come dell'acqua » che si muovesse « nel polmone destro ». Questo qualche cosa lo notò poi ancora in seguito, ma non dandogli alcun disturbo se non una molesta sensazione in determinati movimenti, non vi fece gran che attenzione nè credette necessario — per sì piccola cosa — interrogare il medico.

Che questo caso di tubercolosi polmonare con esito in piopneumotorace spontaneo abbia presentato un decorso con sintomatologia soggettiva punto grave, io propendo a spiegarlo col fatto che (come osservava il Sergent) un'infezione sifilitica — pur preparando un terreno assai adatto per il bacillo di Koch — favorisce, specie se l'infezione luetica è di antica data, il processo di sclerosi e di cicatrizzazione fibrosa delle lesioni tubercolari, favorito nel nostro caso dalla compressione esercitata sul polmone ammalato dal piopneumotorace e dal riposo che il paziente credette opportuno tenere.

BIBLIOGRAFIA.

BRECCIA. *Il pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare.* Torino.

SERGENT. *Études cliniques sur la tubercolose.* Paris, 1919.

DUMAREST et MURARD. *La pratique du Pneumothorax thérapeutique.* Paris, 1923.

DE CASTRO HENRIQUEZ. *Sifilide e tubercolosi.* Sunto in « Tubercolosi », vol. 13, fasc. 5.

RIVENDICAZIONI.

Sull'analisi dell'acetone con i sali d'idrossilamina, e sulla ipersensibilizzazione degli indicatori alcalimetrici.

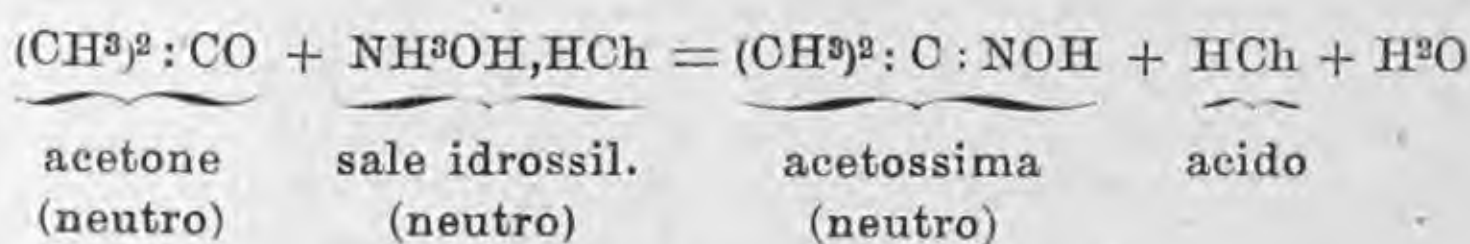
Rivendicazioni del dott. EMILIO PITTARELLI.

Nel 1919 io pubblicai un metodo per l'analisi dell'acetone, fondato sull'uso dei sali neutri di idrossilamina (1).

Il metodo è informato al principio seguente: mescolando acetone e sali neutri d'idrossilamina, si sprigiona l'acido legato alla base; questo può essere messo in evidenza con opportuni indicatori, ed è atto a svelare e dosare così l'acetone, come l'idrossilamina.

Gl'indicatori da me additati come i più adatti per questo fine, furono, in ordine decrescente di sensibilità: il dimetilamidoazobenzolo, l'arancio di metile, l'acido carminico e il rosso di alizarina; sale d'idrossilamina preferibile, l'idroclorato.

La combinazione aceton-idrossilaminica essendo equimolecolare e quantitativa, il metodo si prestava anche a una facile determinazione sia dell'acetone, sia dell'idrossilamina, partendo dal calcolo dell'acido messo in libertà, secondo l'equazione:

$$\underbrace{(CH^3)^2:CO}_{\text{acetone (neutro)}} + \underbrace{NH^2OH,HCl}_{\text{sale idrossil. (neutro)}} = \underbrace{(CH^3)^2:C:NOH}_{\text{acetossima (neutro)}} + \underbrace{HCl}_{\text{acido}} + H^2O$$

Un anno dopo, e cioè nel 1920, comparve un articolo di Mayer nel più solenne pulpito della

(1) PITTARELLI. *Ricerca e dosamento dell'acetone mediante l'idrossilamina.* Folia medica, 1919, num. 15.

ID. *Sopra alcuni espedienti per esaltare la sensibilità degl'indicatori acidimetrici, e sulla loro applicazione all'analisi dell'acetone.* Riforma medica, 1919, 1919, n. 33.

ID. *La questione della così detta acetonuria fisiologica studiata con nuovi metodi di cura.* Archivio di Farmacologia Sperimentale e Scienze Affini, 1919, vol. XXVII.

ID. *Sull'uso della metanitrobenzaldeide per la ricerca dell'acetone.* Rivista Critica di Clinica Medica, 1919, n. 31.

Le mie ricerche sull'analisi dell'acetone son riassunte nel lavoro intitolato *Vecchie e Nuove Reazioni dell'acetone*, pubbl. nella *Riv. Crit. Clin. Med.*, 1923, n. 35; quelle sull'acetonuria nell'altro lavoro dal titolo *Contribuzioni alla diagnostica e alla patogenesi dell'acetonuria*, in *Folia Medica*, 1923, n. 17.

biochimica tedesca (1); nel quale venne descritto un metodo analitico dell'acetone, suntato nei termini seguenti dal diffusissimo manuale di Merck: « Si distilla l'orina, e si trasforma l'acetone in acetossima, mediante aggiunta d'idroclorato d'idrossilamina: mettesi così in libertà l'acido cloridrico, che può essere svelato e titolato in presenza di arancio di metile ».

Come si vede, il metodo descritto da Mayer nel *1920* è esattamente quello descritto da me nel *1919*.

2. Nello stesso anno 1919 (cit. fasc. 33 della *Riforma Medica*), considerando che il viraggio verde-violetto è più sensibile all'occhio dei comuni viraggi rosso-giallo, rosso-bleu e bleu-giallo, suggerivo di risolvere il problema in termini generalissimi, coll'aggiungere agl'indicatori che dànno il viraggio rosso-giallo o bleu-giallo, una sostanza colorante bleu insensibile ad acidi ed alcali; e a quelli che dànno il viraggio rosso-giallo o bleu-giallo, una sostanza colorante gialla egualmente insensibile ad acidi ed alcali. Il viraggio rosso viene così convertito in violetto col bleu, e in arancio col giallo; il viraggio giallo, in verde col bleu; e il viraggio bleu in verde col giallo.

Delle sostanze bleu adatte alla bisogna, consigliavo più particolarmente il *bleu di cianol;* e di viraggi modificati mediante tale espediente davo questi esempi: *arancio di metile*, dimetilamidoazobenzolo, acido carminico, rosso di alizarina, carminio d'indaco, tornasole, lacmoide, ematossilina, brasilina e resazzurrina. Di più, applicavo il principio proprio all'analisi dell'acetone con i sali d'idrossilamina.

Tre anni dopo, e cioè nel *1922*, comparve una comunicazione di Hickman-Listead (2), che allo stesso scopo mio di convertire in verde-violetto il viraggio giallo-rosso dell'arancio di metile, suggeriva di aggiungere all'indicatore appunto un colorante bleu, che per combinazione fu lo stesso *bleu di cianol* consigliato da me nel *1919*.

3. Per ambedue i casi mi par dunque giusto avanzare un reclamo di paternità e di priorità.

Chieti, 20 novembre 1925.

---

(1) Zeitschrift für physiologische Chemie, 1920, vol. 104, pag. 220.

(2) Journal of Chemical Society, 1922, pag. 122.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'influenza del sistema nervoso sul ricambio.

(A. OSWALD. *Deutshe med. Wohenschr.*, n. 39, 1925).

È ancora molto discussa l'influenza del sistema nervoso sul decorso di processi del ricambio. La patologia antica, secondo la quale il sistema nervoso determinerebbe il « consensus partium » nell'organismo, attribuiva ad esso notevole influenza anche nel ricambio. Invece le ricerche moderne, con la dimostrazione dell'esistenza e dell'importanza degli ormoni, hanno indotto ad attribuire a questi la principale importanza nel regolare il decorso dei processi chimici. Però è indubbio che alcuni tra gli ormoni noti agiscano sul sistema nervoso: ciò che induce a pensare che il sistema nervoso eserciti una notevole influenza sul ricambio e specialmente sul chimismo cellulare. E difatti oggi si conoscono già molti centri del ricambio, cioè parti circoscritte del sistema nervoso centrale da cui viene regolata la trasformazione della materia nell'organismo. Oltre al classico centro in cui Claude Bernard praticava la puntura dello zucchero, conosciamo oggi nel mesencefalo un centro del sale la cui irritazione determina un aumento dell'eliminazione urinaria di sali inorganici e un centro dell'acqua la cui eccitazione aumenta la diuresi. È probabile l'esistenza di molti altri centri del ricambio ancora non identificati; particolarmente quella di centri in rapporto col ricambio dei grassi nell'ipotalamo o nel tuber cinereum. Difatti gli esperimenti su animali e l'esperienza clinico-anatomica sull'uomo indicano che l'adiposità accompagnata da ipogenitalismo (distrofia adiposo genitale) non è in rapporto con disturbi dell'ipofisi bensì con disturbi o lesioni della regione del tuber cinereum e dell'infundibolo. Anche l'adiposità che talvolta si manifesta in adulti affetti da tumori ipofisarii e la cachessia ipofisaria dipendono probabilmente da lesioni mesencefaliche.

Per analoghe ragioni siamo indotti ad ammettere che anche l'adiposità che si manifesta in seguito a tumori epifisari sia in rapporto con alterazioni del mesencefalo; lo stesso sarà probabilmente dimostrato nel futuro per altri disturbi del ricambio del grasso, l'adiposità genitale e surrenale.

Anche per il ricambio dei proteidi vale quanto si è detto per il ricambio dei grassi. Non è stato però fin'ora possibile identificare nel sistema nervoso centrale i centri del ricambio dei proteidi.

L'esperienza clinica dimostra che il ricambio in genere e specialmente quello del grasso, dei pro-

teidi e dei minerali è in alto grado subordinato al sistema nervoso centrale.

L'ormone tiroideo notoriamente determina dimagramento. Da più di un quarto di secolo questa sua proprietà viene applicata in misura più o meno intensa nella terapia. Però si tratta di una proprietà che non in tutti gli individui si esplica nella stessa misura. In alcuni individui l'uso anche prolungato di sostanza tiroidea determina effetti scarsi, mentre in altri quantità relativamente piccole di sostanza tiroidea determinano notevole scomparsa del grasso e della sostanza protoplasmatica; in altri ancora e specialmente in alcuni individui affetti da gozzo, l'azione di piccole quantità di sostanza tiroidea è addirittura catastrofica. In questi ultimi individui la medicazione iodica anche debole determina una diminuzione del gozzo e quindi la diffusione dell'ormone in esso contenuto nei succhi dell'organismo: ne risulta spesso un enorme dimagramento fino ad aversi delle diminuzioni di peso, di 10, 15, fino a 25 kg. nel corso di 4 o 5 settimane. Ecco alcuni esempi di tale genere:

Una signora di 62 anni affetta da gozzo, per curare una bronchite cronica prende piccole dosi di una mistura contenente iodio prescritta dal medico ai suoi bambini. Dopo 10 giorni avverte palpitazioni accessuali, tachicardia, nervosità generale, insonnia, tremore. In quattro settimane perde 15 kg. di peso.

Un negoziante di 51 anni affetto da gozzo intraprende una cura di ioduro perchè stato affetto da sifilide. Nel corso di 6 settimane prende un grammo e mezzo di ioduro di potassio al giorno, si manifestano segni di ipertiroidismo (tremore, insonnia, polidipsia, ecc.); in poche settimane diminuisce di 20 kg. di peso.

Uomo di 42 anni affetto da gozzo piuttosto voluminoso, prende per 15 giorni di seguito 10 ctgr. di ioduro di sodio al giorno. Si manifesta ipertiroidismo (palpitazioni accessuali, tachicardia, vertigine, notevole nervosismo generale, insonnia, tremore, sudori, cefalea) e in tre settimane il peso diminuisce di 19 kg.

Anche Roth riferisce su analoghe osservazioni in individui affetti da gozzo sottoposti a cura iodica; anche egli osservò diminuzioni di peso fino a 24 kg. e mezzo nel corso di 2 mesi, restando immutata la quantità del nutrimento. Anche nei casi sopra riferiti, nel periodo in cui avvenne il dimagramento la quantità di alimento era la stessa di prima; nell'ultimo caso anzi maggiore di prima. Di tutti questi individui ipersensibili allo iodio (e alla sostanza tiroidea) si può dire che essi presentano una meiopragia del sistema nervoso: esistevano in tutti sintomi nervoso-astenici (sintomi di ipereccitabilità) già precedentemente alla cura iodica. Si tratta di individui o ereditariamente neuropatici o sottoposti a surmenage, sofferenti di insonnia, nervosismo generale, cefalea, sensibili all'adrenalina e ad altri farmaci simpatico-tonici (cocaina) presentanti dermografismo, eretismo cardiaco e in generale una rilevante labilità ed ipereccitabilità del sistema nervoso specialmente nella sua sezione vegetativa.

Contrasta con questi casi quello di un individuo di 67 anni affetto da gozzo, che sopportò la cura iodica senza nessun disturbo fino alla scomparsa completa del gozzo. Si trattava di un notevole struma diffuso al cui posto rimase dopo scomparsa del gozzo un sacco cutaneo vuoto di ampiezza eguale ad un pugno. L'individuo non presentò alcuna perdita di peso nè alcun sintomo nervoso.

Si deve notare che individui corpulenti che reagiscono torpidamente sia alla medicazione tiroidea, sia alla diminuzione dell'alimento possono a queste identiche misure terapeutiche in un altro periodo reagire intensamente diminuendo fortemente di peso; si osserva questo quando essi siano stati indeboliti nel loro sistema nervoso (preoccupazioni, dolore, eccitazioni, surmenage).

Siccome ora si possono sempre riscontrare disturbi nervosi in individui reagenti con forte perdita di peso (cioè esagerato metabolismo) alla cura tiroidea o iodica o ad altri metodi curativi determinanti una riduzione del gozzo (roentgenterapia), mentre queste stesse conseguenze mancano in altri individui, dobbiamo dedurre che nel processo di dimagramento abbia notevole influenza il sistema nervoso e particolarmente quello vegetativo. È esso che determina la reazione dell'organismo all'ormone tiroideo. Dunque la scomposizione dei materiali di riserva, cioè il ricambio, avviene per mezzo del sistema nervoso. Questa constatazione dimostra quale notevole influenza eserciti l'apparecchio nervoso sul chimismo organico e cellulare. L'influenza che in questi processi spetta agli ormoni è secondaria, come risulta anche dal fatto che la produzione degli ormoni stessi è sotto l'influenza del sistema nervoso e viene da esso regolata.

Si accorda bene con quanto è stato finora esposto l'osservazione di Steyrer, su notevoli oscillazioni giornaliere del ricambio basale, perfettamente parallele ad oscillazione delle condizioni nervose in un caso di morbo di Basedow. Sono anche facilmente comprensibili le « crisi di dimagramento » di Huchard; crisi che si manifestano nel corso della malattia di Basedow senza manifesta causa, e fanno perdere all'ammalato da 3-4 kg. di peso nel corso di poche settimane. Anche Schroetter parla di tali accessi che si possono anche ripetere.

POLLITZER.

TERAPIA.

Azione diuretica dei composti mercuriali.

(M. TIFFENAU e P. BOYER. *Paris méd.*, n. 49, 1924).

L'azione sulla diuresi del mercurio era nota da tempi lontani (Paracelso, Morgagni, Van Swieten, ecc.), e fu nuovamente posta allo studio da Jendrassik col suo lavoro sulla diuresi da calomelano nella idropisia dei cardiaci. Nell'uomo le varie ricerche hanno mostrato che vi è una azione diuretica nell'organismo sano, e più netta negli edemi di origine cardiaca specialmente, meno costante in quelli da cause diverse. Recentemente le ricerche sono state eseguite non più col calomelano, sale insolubile, di difficile ed irregolare assorbimento, ma con soli composti mercuriali organici solubili e più particolarmente col cianuro di mercurio e col novasurolo, i quali non hanno l'azione coagulante sulle albumine come il sublimato, e possono quindi essere iniettati nelle vene, con una debole azione nociva sui reni solo a dose relativamente elevata. Il cianuro di mercurio, $Hg(CN)^2$, è un sale che conserva l'ione mercurio ed è analogo, ma assai meno irritante, agli altri sali mercuriali, mentre il novasurolo, veronal + idrato di mercurio clorofenossiacetato sodico, è un composto organico contenente un ione mercuriale complesso, dissimulato.

Le prove sugli animali hanno confermato l'azione diuretica di tutti i preparati mercuriali.

La diuresi mercuriale è, caratteristicamente, acquosa e clorurata. Tutti gli autori hanno constatato una forte escrezione clorurata che porta anche, nonostante l'importanza della diuresi, a un aumento del valore assoluto della concentrazione clorurata dell'urina. Invece l'urea si elimina con una concentrazione fortemente diminuita, tanto per valore assoluto che relativo, secondo le ricerche recenti e decisive di Blum. Gli altri elementi costituenti dell'urina non presentano variazioni notevoli e costanti di eliminazione. La costante d'Ambard si eleva fin dall'inizio della diuresi, e segue la variazione della secrezione diminuita dell'urea.

Gli autori non sono d'accordo sul meccanismo di questa diuresi, propongono varie teorie, rigettando concordemente ogni influenza cardio-vascolare. Le antiche teorie (Haig, Locke, Cohustein, Fleckseder) hanno ceduto il campo alle due moderne che attualmente appaiono le più verosimili. La teoria della *idremia* e della *ipercloruremia* si basa sulle modificazioni della composizione del sangue constatate con l'esame refrattometrico del siero e col dosaggio dei cloruri prima e dopo la somministrazione del mercurio: tali modificazioni sarebbero dovute ad una azione extrarenale primitiva del mercurio. La idremia e la ipercloruremia precedono e determinano la diuresi, e dipenderebbero da una disimbibizione delle albumine del sangue, o dei tessuti. La teoria dell'azione puramente renale è sostenuta con argomenti poco decisivi, mentre da alcuni è ammessa con la concomitanza di un fattore extrarenale.

Per la posologia si consiglia il calomelano per via boccale, alla dose di 20 ctgr., circa 3 volte al giorno, e durante almeno tre giorni; il cianuro di mercurio, preconizzato da Blum (1922), per via intravenosa alla dose di 4-5 ctgr. saggiando la suscettibilità individuale con dosi di 1 ctgr.; il novasurolo introdotto in clinica da Saxl ed Heilig nel 1920, per via intravenosa o intramuscolare, alla dose di 0,75 cmc. a 3 cmc. della soluzione acquosa al 10 % che si ripetono ogni giorno per 2-3 giorni, oppure a giorni alterni o solo 2 volte per settimana, per evitare l'accumulo ed i fenomeni tossici.

La malattia di scelta per i medicamenti mercuriali è l'idrope dei cardiaci, nei quali si vede spesso, quando altri diuretici falliscono, determinarsi una imponente diuresi che dà un sollievo notevole, e spesso una vera guarigione. Nelle nefriti edematose, quando le lesioni renali non sono gravi, si possono egualmente ottenere dei buoni risultati, ma si è esposti a frequenti fenomeni tossici. Nelle nefriti sifilitiche il mercurio può produrre dei buoni effetti ma va usato con qualche riserva. Nelle altre idropisie il mercurio non è consigliabile perchè o è senza azione notevole, o è pericoloso per i fenomeni tossici. Il timore degli accidenti deve rendere il medico assai prudente: anche nella idrope cardiaca bisogna accertare prima la permeabilità renale. I mercuriali come diuretici vanno dati a dosi sufficientemente elevate, ma frazionate e distanziate, e debbono essere considerati come diuretici eroici, eccezionali, per i casi in cui gli altri agenti terapeutici falliscono.

A. PICCINELLI.

CHIRURGIA.

L'ernia del polmone.

(I. G. MONTGOMÉRY e H. LUTZ. *Annals of Surgery*, agosto 1925).

Gli AA. distinguono la vera ernia nella quale il polmone coperto o meno da un sacco di pleura parietale si trova nel sottocutaneo, dalle eviscerazioni traumatiche. Morel-Lavallée ha proposto queste classificazioni: *a*) diaframmatiche; *b*) toraciche, *c*) cervicali.

Oppure, secondo un criterio etiologico: *a*) congenite; *b*) acquisite: 1) traumatiche; 2) spontanee; 3) patologiche.

Hanno importanza pratica solo le forme acquisite, toraciche. Per lo più si formano sulla parete toracica anteriore presso lo sterno. In corrispondenza della cartilagine costale dove manca il muscolo intercostale esterno, lo spazio più debole che ne risulta non è sufficientemente protetto dal gran pettorale.

Il momento causale è l'aumento della pressione endotoracica in una espirazione forzata. Se questi sforzi sono lungamente ripetuti in circostanze favorevoli, possono condurre all'ernia spontanea. Le forme congenite si producono sulle costole e sullo sterno dove esistono congenitamente soluzioni di continuo dell'osso, sostituite da tratti fibrosi. Questi difetti ossei sono dovuti a pressione da parte del capo o del gomito del feto, di fibromiomi dell'utero, ecc. Le forme spontanee si hanno in caso di tossi croniche e ostinate, come malattie professionali. Le forme traumatiche seguono a cicatrici dei muscoli interessati, a fratture costali non consolidate, a interventi chirurgici (operazioni di Estlander, Schede; toracotomie). Specie se si eseguono resezioni di costole e si asporta insieme il periostio. Le forme patologiche possono essere sequele di carie costali, ascessi di varia origine, ecc. I sintomi sono rappresentati da dolore locale, tosse, e dalla presenza di un difetto nella parete toracica dal quale a ogni espirazione sporge una massa di parenchima polmonare, che si riduce nella inspirazione. I dati forniti dalla palpazione, percussione, e ascoltazione possono variare a seconda delle condizioni della porzione di polmone erniato. Bisogna distinguere queste ernie: dalle raccolte liquide o gassose che talora nelle malattie maligne del polmone fanno sporgenza negli spazi intercostali, dagli empiemi « necessitatis », dagli enfisemi localizzati. L'ernia può strozzarsi e le conseguenze sono ovvie, mai gravi.

Tale evenienza però è rara. La cura può essere conservativa con corsetti elastici che occludendo la porta erniaria mantengono l'ernia ridotta — tali metodi possono in casi adatti dare buoni risultati — oppure chirurgica con riduzione dell'ernia e chiusura della parete con lembi per lo più ossei. Gli AA. riportano un caso personale nel quale per un'ernia post-traumatica della regione precordiale nel 4° spazio, chiusero la porta terniaria con un lembo di osso e periostio e cartilagine e pericondrio, prendendo il periostio econdrio dalla faccia ant. della 5ª costa e l'osso e la cartilagine dalla 4ª mediante un distacco sottoperiosteo e sottopericondrico. Il p. guarì e dopo 16 giorni già esisteva una placca ossea che comprendeva 4ª e 5ª costa e 4° spazio.

MANFREDO ASCOLI.

Il collasso pulmonare massivo.

(BERTRAM SOLTAU. *Brit. Med. Jour.*, 21 marzo 1925).

La divisione del pulmone in lobi corrisponde a necessità fisiologiche: i lobi superiori si espandono in seguito al movimento delle costole superiori, mentre i lobi inferiori si espandono per l'azione del diaframma e delle costole inferiori. Oltre a ciò l'estensibilità dei pulmoni non è quantitativamente uniforme: è praticamente nulla alla radice, è parziale nella zona intermedia contenente le ramificazioni bronchiali e vasali, è completa nelle zone più periferiche.

La parte superiore della cavità toracica ha la forma di un cono, il cui coperchio è costituito dalle prime costole e dal manubrio dello sterno. Questa parte è immobile ed agisce come il punto fisso da cui s'iniziano i movimenti delle costole sottostanti. Per lo più l'espansione del lobo superiore è determinata dal sollevamento delle prime cinque costole con aumento del diametro antero-posteriore del torace, poichè l'asse di rotazione delle costole stesse è quasi ad angolo retto con la sezione verticale. Ciascuna delle costole successive si sposta con un movimento sempre più ampio, donde la così detta espansione ondulante. Il sollevamento delle costole si compie in seguito alla contrazione degli intercostali esterni. La contrazione del diaframma ha poco effetto sul lobo superiore e solo in quanto essendo attaccato all'ilo pulmonare a mezzo del pericardio, sposta l'ilo stesso in basso e contribuisce così alla ventilazione degli apici.

La parte inferiore del torace dalla quinta costola in giù ha forma cilindrica e la sua espansione dipende in parte dagli intercostali ed in parte dal diaframma.

L'asse di rotazione delle costole non è però eguale a quelle delle prime cinque, l'angolo con la sezione verticale diventa sempre più acuto per modo che il movimento risultante si verifica più nel senso laterale che in quello antero-posteriore.

La contrazione del diaframma è il fattore più importante nella ventilazione dei lobi inferiori. Attaccato posteriormente alle vertebre lombari, lateralmente al margine inferiore delle ultime sei costole, anteriormente all'appendice ensiforme le sue fibre convergono inserendosi in un tendine centrale.

Allo stato di riposo le basi dei pulmoni formano come due cupole rivestite inferiormente dal diaframma. La contrazione raccorcia le fibre, spiana le cupole ed allungando così il diametro verticale del torace permette ai pulmoni di discendere e di espandersi. Il diaframma e gli intercostali agiscono in senso opposto sulle ultime costole, il

primo tende a chiudere l'angolo subcostale, i secondi ad aprirlo. Quanto maggiore è lo spianamento della cupola diaframmatica tanto più diretto è lo sforzo e tanto maggiore la forza da essa esercitata sul margine costale. Questo elemento ha considerevole importanza clinica. La depressione della cupola del diaframma dovuta a versamento pleurico o a ipertrofia cardiaca ne aumenterà la efficienza meccanica, e ciò è provato dalla riduzione dell'angolo subcostale invece del suo allargamento come avviene nella respirazione normale, in cui lo sforzo degli intercostali prevale su quello del diaframma.

La contrazione del diaframma si distingue in due parti: la crurale che è sotto l'azione esclusiva del nervo frenico, e la intercostale che è innervata anche dagli intercostali.

Queste nozioni anatomo-fisiologiche rendono più chiaro il modo di produzione del collasso polmonare.

Il collasso pulmonare parziale o totale dipende da varie cause. La ostruzione completa del bronco principale da corpi estranei determina inevitabilmente il collasso pulmonare, ed in conseguenza si era creduto che il collasso potesse essere causato da accumulo di secrezioni bronchiali. Gli esami necroscopici però non l'hanno confermato. In molti casi il collasso si è verificato in individui che non avevano mai avuto espettorazioni e viceversa malati di grave bronchite purulenta con espettorazione abbondantissima non sono stati colpiti da collasso.

Alcuni autori sostengono che la condizione è dovuta a paralisi diaframmatica ed in effetti tutto fa ritenere che l'inazione del diaframma costituisca la parte essenziale nel processo del collasso. Gli esami radiologici dimostrano invariabilmente che il diaframma è sollevato dal lato affetto e spesso raggiunge un livello superiore a quello che normalmente raggiunge nella posizione espiratoria estrema.

Non è facile precisare la causa di questa paralisi respiratoria. Attualmente si ritiene che si tratti di un fenomeno riflesso, nel quale la via afferente è costituita dal vago e l'efferente dal frenico Ciò spiega perchè il collasso non è necessariamente consecutivo a lesioni toraciche, ma si verifica anche in seguito a ferite addominali anche lontane dal diaframma. Nella pratica chirurgica civile il collasso pulmonare si ha prevalentemente in seguito ad interventi addominali, specie quelli riguardanti il fegato e le vie biliari. Così il collasso che si verifica nei casi di grave malaria cronica, è stato messo in rapporto allo stesso riflesso, il cui punto di eccitazione starebbe nella perisplenite. Sono stati descritti anche casi di collasso in rapporto a lesioni del centro del frenico. E sono stati anche registrati casi di collasso controlaterale: la ferita di un pulmone provoca collasso nel pulmone dell'altro lato.

Il collasso colpisce più di frequente l'intero lobo inferiore di un pulmone, più raramente un intero pulmone, ed eccezionalmente il lobo superiore.

I segni fisici del collasso sono abbastanza evidenti e possono essere solo confusi con quelli della pulmonite, quantunque nel collasso insieme all'immobilità c'è la retrazione della parete toracica.

La palpazione dà il reperto semeiologico più importante: la punta del cuore è notevolmente spostata in alto e a sinistra. Questo spostamento del cuore si verifica rapidamente.

Alla percussione si constata ottusità assoluta in corrispondenza dell'area collassata, come quella determinata da versamento. La risonanza gastrica è spostata in alto.

All'ascoltazione si constata: assenza del mormorio respiratorio e del fremito vocale-tattile.

In primo tempo adunque si ha: spostamento dell'itto cardiaco, ottusità, mancanza del rumore respiratorio e del fremito vocale-tattile, sollevamento della risonanza gastrica.

In secondo tempo pur permanendo l'ottusità, si ha respiro bronchiale o anforico, accentuazione del fremito.

La sindrome clinica allora rassomiglia a quella dell'epatizzazione pneumonica, eccetto che per la forma del torace e lo spostamento del cuore. La ventilazione è ricominciata e si ascolta la respirazione bronchiale.

Nello stadio finale l'ottusità diventa meno pronunziata, il respiro bronchiale meno definito, e si sentono rumori avventizi. L'aria comincia ad entrare negli alveoli e si ha eccesso di secrezione.

Con l'espansione del pulmone il cuore ritorna a posto gradatamente. Questa fase è confusa con la bronchite, e probabilmente non pochi casi di così detta bronchite postanestetica non sono in effetti che casi di collasso massivo allo stadio finale. La piressia non è rara, ma mai elevata. Può accadere che il collasso si complica con bronchite infettiva e pulmonite.

Il collasso pulmonare produce dispnea, tosse a tipo irritativo. Manca la cianosi, anzi il volto ha spesso un colorito rosso vivo.

La cura consiste essenzialmente nella somministrazione d'ossigeno. Siccome il collasso è prodotto o favorito dalla posizione supina, tutti gli individui operati all'addome, specie nella parte superiore dell'addome, dovrebbero essere messi e mantenuti in posizione semiseduta non appena cessato lo shock postoperatorio.

DR.

IGIENE.

Latte e tubercolosi.

La questione dei rapporti fra tubercolosi bovina ed umana e dell'importanza del latte nella trasmissione della tubercolosi non è ancora definitivamente risolta, nè si è ancora adottata una linea sicura di condotta nei riguardi della profilassi. Un'importante discussione in proposito si è svolta recentemente alla Società reale inglese di medicina (Sezione di epidemiologia, medicina comparata e malattie dei bambini). Vi hanno preso parte 16 oratori, fra cui erano clinici, pediatri, veterinari, igienisti, agricoltori (1).

Anzichè dare il resoconto di ogni singola relazione, che riuscirebbe troppo schematico, mi sembra più opportuno mettere in rilievo le diverse correnti di idee che lumeggiano la situazione e tendono alla soluzione pratica del problema.

DIFFUSIONE DELLA TUBERCOLOSI NEI BOVINI.

La popolazione bovina della Gran Bretagna conta circa 7,500,000 capi, di cui 3,000,000 vacche; si può ritenere che fra queste, circa 1,000,000 sia affetta da tubercolosi, alcune però in modo assai lieve, in quanto che questi dati sono basati essenzialmente sugli animali che reagivano alla tubercolina. Occorre però tener presente che il 5.8 % di tali vacche è affetto da tubercolosi della mammella; in complesso, quindi, vi deve essere un numero di mucche infette in modo abbastanza grave, tanto più che dall'esame dei campioni di latte risulta che questo è frequentemente inquinato da bacilli tubercolari: nell'8.7 % (valori estremi nei diversi anni 4.7 e 17.6 %) a Birmingham, nel 9.8 % a Manchester, nel 20 % ad Edinburgh, notandosi una tendenza all'aumento dal 1901 ad oggi. Nè vale l'obbiezione fatta da qualche autore che si tratti di forme acido-resistenti non patogene, quali si trovano frequentemente come saprofiti, in quanto che la diagnosi venne fatta e controllata mediante l'inoculazione nella cavia.

Molti sono i fattori che influiscono su questa diffusione, fra cui si devono menzionare le cattive condizioni igieniche delle stalle, l'alimentazione inadatta, la deficienza di luce solare, l'affollamento, il sudiciume, ecc. M. J. Rowland, un illuminato agricoltore e grande allevatore di bestiame, ritiene che la causa principale del progresso della tubercolosi nelle mucche sia da attribuirsi al superlavoro ed all'inadatta alimentazione. La mucca lattifera viene indubbiamente sottoposta ad un superlavoro, quando si richiede da essa una quantità di latte che non è inferiore a 4500 litri all'anno e che arriva comunemente al 9000 ed anche li supera. In tal caso, per compensare le perdite che subisce in grassi e proteine, si dà ad essa un'alimentazione concentrata, ricca di tali elementi e costituita da panelli di soia, di cocco, ecc. Un tempo, invece, l'alimentazione consisteva essenzialmente di erba o fieno, crusca ed avena, tutte sostanze ricche in vitamina A, le quali compensavano quindi le perdite in questa vitamina che la mucca subisce con la secrezione lattea. I panelli, invece, sono del tutto privi di vitamine, sicchè queste risultano deficienti nella mucca che, per tale ragione, diventa più facile preda della tubercolosi. Questi fatti J. Rowlands ha potuto verificare nei maiali che più rapidamente raggiungono la maturità e che, sebbene tenuti in perfette condizioni igieniche, andavano soggetti alla tubercolosi fino a quando il nutrimento consisteva quasi soltanto di panelli, mentre ne rimasero immuni quando venne fornito loro un cibo ricco di vitamine. L'influenza del superlavoro è poi dimostrata dal fatto che le pecore e le giumente, alle quali non viene richiesta una tanto esagerata produzione lattea, vanno meno soggette alla tubercolosi.

LA TUBERCOLOSI DI TIPO BOVINO NELL'UOMO.

Anche sulla frequenza della tubercolosi di tipo bovino nell'uomo, le opinioni non sono del tutto concordi, poichè, secondo J. Robertson, sono 3000 i morti all'anno (sempre in Gran Bretagna) per tubercolosi di origine bovina, mentre secondo N. Raw, si arriva a 10,000. Lo studio più preciso su tale argomento è quello di A. S. Griffith, basato sull'osservazione di 1450 casi di tubercolosi. Il bacillo di tipo bovino venne da lui trovato con varia frequenza in casi di tubercolosi delle ghiandole cervicali, di tubercolosi generalizzata originatasi dal canale alimentare, di lupus e di tubercolosi polmonare. La percentuale maggiore si ha per la tubercolosi delle ghiandole cervicali nei bambini sotto i 5 anni, in cui il tipo bovino si trova nell'85 % dei casi; ma anche negli adulti si trova in tale forma una percentuale del 18. Pure frequente è il tipo bovino nello scrofuloderma e nel lupus (rispettivamente 58 e 66 % sotto i 5 anni e 7 e 17 negli adulti) e nella meningite (66 % sotto i 5 anni, zero nell'adulto). Invece sono date più frequentemente dal tipo umano le forme osteo-articolari (30 % sotto i 5 anni, 5 % negli adulti), quelle genito-urinarie (19 %) e polmonare (1 %).

Cifre davvero impressionanti che inducono a gravi riflessioni sulla gravità della questione. La frequenza dell'origine bovina della tub. delle ghiandole cervicali è ammessa anche da altri,

(1) *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1925, n. 11.

secondo i quali il focolaio primario si troverebbe nelle tonsille. Anche la tub. delle ghiandole mesenteriche e quella chirurgica nei bambini avrebbero la stessa origine.

Non bisogna però dimenticare che la questione dei rapporti fra tub. bovina ed umana apre il campo a molte questioni. È un fatto che nei bambini si trova frequentemente il tipo bovino; ciò può dipendere da due ordini di fattori; o che il bambino sia più suscettibile al tipo bovino oppure che questo vada poi gradatamente adattandosi al nuovo ambiente, trasformandosi nel tipo umano. Le esperienze di Sanfelice e di Kolle dimostrano del resto la possibilità di trasformazione di bacilli acido-resistenti non patogeni in patogeni.

D'altra parte, vi sono numerosi medici i quali affermano che il bacillo del tipo bovino — meno virulento — è anzi benefico, perchè immunizza contro il tipo umano e che quindi, è proprio la presenza di tali bacilli viventi (che, tenuto conto della miscela dei diversi latti, si trovano in numero assai scarso) che salva tante vite umane. A questo fatto sarebbero anzi da attribuire le modificazioni del tipo clinico e la diminuzione della mortalità per tub. che si è osservata in questi ultimi tempi.

I RIMEDÎ PROPOSTI.

Anche aderendo in parte alle ultime opinioni citate, non si può negare che questa azione benefica a lunga scadenza va di pari passo con malattie e morti causate dalla tub. di origine bovina. Allo scopo di attenuare il pericolo, si impongono quindi dei provvedimenti che possono riguardare le mucche stesse e l'approvvigionamento del latte in genere.

L'APPROVVIGIONAMENTO ED IL CONTROLLO DEL LATTE.

Il latte è diventato un alimento di prima necessità ai nostri giorni ma, con l'enorme sviluppo delle odierne città tentacolari, l'approvvigionamento ne diventa sempre più difficile. A New York, si consumano giornalmente 3 milioni di litri di latte e si può facilmente comprendere quale enorme raggio di azione e quale perfetta organizzazione deve richiedere tale provvista che viene fatta anche a distanze di 500 miglia (circa 800 km.). Anche in Italia, del resto, l'approvvigionamento del latte si è fatto a grandi distanze, come per Roma dove, un tempo, proveniva dal cremonese, a distanza di circa 600 km.

Sotto tale rapporto, molti insegnamenti ci possono fornire gli Stati Uniti, in cui però il compito si presenta più facile per diverse ragioni. 1) Si è rivolta grande attenzione al miglioramento igienico delle fattorie, con l'educazione, non disgiunta dalla coercizione; 2) la notevole quantità di ghiaccio che si ha nell'inverno viene accumulata e permette un largo uso della refrigerazione; 3) si è molto curata la selezione di razze lattifere e si è stabilito un minimo del 3.5 % di grasso, con un'addizionale nel prezzo per ogni 0.1 % di più; 4) si è stabilita una gradazione del latte, introducendo inoltre dei sistemi standardizzati per la pastorizzazione; 5) vi sono rigorose prescrizioni per la distruzione del latte adulterato e come tale viene considerato anche quello proveniente da animali nutriti con residui di distillerie o con altre sostanze in stato di fermentazione, quello proveniente da stalle affollate o non tenute igienicamente e quello con una temperatura superiore ai 10°; 6) il permesso di inviare il latte per la vendita viene dato soltanto dopo che l'ispezione ha dimostrato che le stalle sono tenute in buone condizioni e che il trattamento ed il trasporto si fanno con le prescritte norme igieniche. Provvedimenti degni di esempio che non saranno forse sempre applicati e che esigono, ad ogni modo, un grande dispendio di energia e di danaro. Ma nel complesso tali provvedimenti hanno portato a buoni risultati, anche sotto il punto di vista che più direttamente ci occupa, in quanto che il numero delle vacche tubercolotiche è in notevole diminuzione.

L'ELIMINAZIONE DELLE MUCCHE TUBERCOLOTICHE.

La soppressione radicale di tutte le mucche tubercolotiche, sognata forse da qualche teorico, è irrealizzabile nella pratica. Lo ha dimostrato Calmette in Francia, lo sostengono ad unanimità gli OO. che hanno preso parte a questa discussione. Per limitarci alle cifre riportate per la Gran Bretagna, non si possono abbattere d'un tratto 1,000,000 di mucche, senza far risentire dei gravissimi effetti nell'economia nazionale, sia per l'interesse dei singoli proprietari, sia per quello generale, togliendo d'improvviso una tanto abbondante sorgente di latte. D'altra parte non è a dire che, eliminata, con le mucche tubercolotiche, una sorgente d'infezione per le altre, l'apporto di bacilli tubercolari non possa venire per altre vie e si ritornerebbe così nelle condizioni di prima.

Più agevole sembra quindi il sistema di ottenere anzitutto delle mandrie esenti da tub., come sono quelle che, agli Stati Uniti, producono il così detto latte di grado A, con certificato. Ciò può farsi con l'eliminazione delle mucche che reagiscono alla tubercolina. Efficace sembra, per tale scopo, il metodo di Bang, consistente nel pra-

ticare la reazione alla tubercolina due volte l'anno, procedendo poi all'isolamento ed alla disinfezione; in tal modo, entro 5 anni, si ottiene una mandria del tutto esente da tub. e J. Robertson ha così ottenuto una trentina di mandrie esenti o quasi da tub.

Le difficoltà che s'incontrano sono però moltissime, specialmente per i grandi mezzi che si esigono e la necessità di continui controlli. Inoltre, se è relativamente agevole ottenere una mandria senza tub., è enorme la difficoltà di mantenerla tale, perchè basta l'introduzione di un animale nuovo per infettare in pochi mesi tutta la mandria. Negli animali, non più immunizzati dalla presenza di altri con tub., l'infezione si diffonde rapidamente ed in modo, qualche volta, assai grave.

Questi provvedimenti, se possono essere utili per la produzione di latte specializzato, da consumarsi crudo per l'alimentazione dei poppanti, vanno dunque presi in casi isolati, gradatamente e di pari passo con altri, quali anzitutto l'educazione igienica degli agricoltori, i quali devono persuadersi che la tenuta igienica delle stalle e degli animali ritorna poi a loro vantaggio; che l'accurata pulizia, rispettivamente la disinfezione di tutti gli strumenti usati, se pure importa una maggiore spesa, dà anche una maggiore serbevolezza ed una migliore appetibilità del latte.

Un provvedimento, di cui soltanto il futuro potrà dirci l'efficacia, è la vaccinazione dei vitelli appena nati, da farsi, sia con bacilli morti, sia con il vaccino di Calmette, il quale offre d'altro lato lo svantaggio che gli animali reagiscono alla tubercolina, la quale non può quindi più usarsi come mezzo diagnostico.

Provvedimento invece che, senz'altro s'impone, è quello di abbattere le mucche con tubercolosi alla mammella, sia perchè sono proprio queste che fanno passare nel latte una maggior quantità di bacilli, sia perchè tale localizzazione è sempre secondaria a tub. del torace o dell'addome.

Un metodo sicuro per eliminare il pericolo dell'infezione tubercolare per mezzo del latte, è la pastorizzazione, la quale, p. es., a Birmingham viene fatta nel 60-70 % del latte che viene posto in vendita ed agli Stati Uniti è resa obbligatoria salvo per il latte di grado A con certificato. Ben regolata e sorvegliata, essa è indubbiamente efficace e non presenta, a quanto pare, alcun inconveniente, sebbene da taluno si sia affermata la necessità di usare del latte fresco specialmente per l'alimentazione dei poppanti, essendosi osservato in caso contrario, in Danimarca, un aumento nei casi di xeroftalmia.

Con le misure surriferite e con la cooperazione (volontaria od obbligatoria) dei produttori di latte, si potrà quindi portare una soluzione al problema che ci interessa. Come conclusione della discussione, la R. Società di medicina, ha proposto che in Inghilterra venga rimessa in vigore l'ordinanza contro la tubercolosi, emanata nel 1913 e sospesa durante la guerra.

Tale ordinanza, nelle sue linee generali, prescrive l'abbattimento di ogni mucca con tubercolosi della mammella, con tosse cronica, con segni definiti di tub. con mammella indurata od altra malattia della mammella o con emaciazione per tub. Tali malattie debbono essere denunziate dal proprietario e dal veterinario. Il compenso al proprietario per l'animale abbattuto dipende dal valore commerciale della carne. In caso di sospetto, le autorità praticheranno la reazione alla tubercolina, consenziente il proprietario. Il latte proveniente da animali sospetti non sarà mescolato all'altro e sarà bollito o sterilizzato in altro modo. Gli strumenti e gli utensili usati per questi animali saranno puliti con acqua bollente. Si provvederà pure per la pulizia e la disinfezione dei locali in cui si trovino gli animali nelle condizioni di cui sopra. L'ordinanza prescrive altresì le condizioni per l'isolamento degli animali sospetti.

A. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

CARLO CENI. *Psiche e vita organica.* L'attività psiconeuro-endocrina. 1 vol. in-16° di pag. 250 con figure in nero e tavole a colori, L. 65. Istituto Editoriale Scientifico, via Monte Napoleone, 35. Milano.

In quest'opera è studiato il problema delle correlazioni fra la vita psichica e la vita organica con indirizzo sperimentale: l'Autore, che da lunghi anni ha affrontato con le sue esperienze l'ardua questione, vi espone i risultati delle numerose ricerche sue e della sua Scuola.

Partendo dal principio che il fenomeno psichico si svolge nel cervello e ivi si elabora con materiale che viene attraverso i sensi, due sono le vie che egli ha seguito: una è rivolta a stabilire i rapporti fra il cervello e le funzioni organiche — sopra tutto quelle sessuali — mediante le mutilazioni del cervello medesimo, l'altra è rivolta invece a studiare i medesimi rapporti sotto l'influenza della soppressione della vista.

I risultati di tali ricerche furono sempre concordi, provando l'enorme influenza inibitrice che il cervello sotto l'azione degli stimoli sensoriali, esercita sui processi biologici ereditari tanto maschili quanto femminili.

Di qui la parte nuova da fare nella valutazione degli squilibri morali di varia natura, alle condizioni del cervello, dalle quali deve dipendere; il modo di reagire degli organi periferici. Concetto che assume importanza specialissima, sopra tutto nella patogenesi delle malattie mentali nelle quali dai moderni psichiatri, si dà tanta importanza agli elementi morali, come causa, mentre essi non sarebbero invece che la conseguenza dello stesso perturbamento mentale.

Il volume è quindi di grande interesse non solo per psichiatri, biologi e studiosi di scienze mediche in genere, ma anche per i penalisti assai spesso chiamati a studiare e risolvere casi passionali, in cui sarebbe ingiusto disgiungere l'elemento psichico da un movente fisico.

a. a.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI DELL'UNIVERSITÀ DI PALERMO. Pubblicazioni. Stabilimento d'arti grafiche, Palermo.

In questo grosso volume sono raccolte le pubblicazioni dei lavori eseguiti durante gli ultimi anni nell'Istituto di Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Palermo.

Oltre le pregevoli pubblicazioni del direttore prof. Colella il volume contiene quelle di De Giacomo, Di Renzo, Longo, Amodeo, Tripi, Bonasera e Rivola, pubblicazioni che attestano la fervente attività della scuola.

Vi sono allegate anche quattro interessanti perizie medico-legali redatte dal prof. Colella, ed i discorsi da questi pronunziati in Parlamento.

a. a.

WITTELS. *Freud.* Traduzione dal tedesco di HERBERT. Editore Alcan, Parigi. Prezzo Fr. 9.

È la biografia di Freud ed insieme la storia dello sviluppo della dottrina e della scuola psicanalitica.

Il libro costituisce pertanto un aiuto prezioso per la comprensione dell'intricata teoria e delle ragioni della sua rapida diffusione nel mondo scientifico. Nulla in effetti riesce più utile per approfondire la conoscenza di una scienza quanto l'apprenderne la storia. DR.

LAUMONIER. *Le Freudisme.* Editore Alcan, Parigi. Prezzo Fr. 9.

È un'esposizione critica della dottrina psicoanalitica specie nelle applicazioni artistiche, morali, religiose, sociali e pedagogiche.

L'A. rileva gli errori di dottrina e di metodo di Freud e dei suoi seguaci, dimostrando che la concezione psicanalitica poggia su ipotesi arbitrarie. DR.

PITRES, VAILLARD, LAIGNEL-LAVASTINE. *Malattie dei nervi periferici e del simpatico.* (Tratt. di Med. e Terap. di Gilbert-Carnot). Vol. XXXVI. Traduzione Italiana di C. Ferrio. U. T. E. T., 1925, L. 60.

L'U. T. E. T. continua la traduzione della nuova edizione del Trattato di Medicina di Gilbert-Carnot.

L'opera è troppo nota ed apprezzata perchè se ne debba ancora parlare.

La nuova edizione segue le grandi linee direttive della vecchia nel dare una notevole prevalenza alla parte clinica sulle altre.

Il vol. XXXVI tratta delle malattie del simpatico, scritte dal Laignel-Lavastine, il più noto cultore e trattatista francese di questa branca, e di quelle dei nervi periferici scritte da Pitres e Vaillard. Quasi la metà di questa parte dell'opera è dedicata alle polineuriti.

L'Edizione Italiana è ottima nella veste tipografica e la traduzione è perfetta.

D. M.

JACKSON. *Neurological fragments.* Oxford Medical Publications. Prezzo Scellini 12.6.

È la raccolta dei più importanti lavori di neuropatologia pubblicati da Jackson.

Apre il volume la biografia del grande neurologo redatta da James Taylor.

I lavori di Jackson hanno un particolare interesse per la chiarezza dell'esposizione ed il severo senso critico. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano

Seduta del 26 giugno 1925.

Prof. CASTIGLIONI. — *Metastasi ossee diffuse da carcinoma prostatico simulanti sindrome di Paget.*

Veleni animali e produzione di lisocitina.

Prof. BELFANTI. — L'O. continuando le proprie ricerche sulle lisocitine, ha voluto affrontare l'interessante questione se esistono delle differenze specifiche tra gli enzimi dei diversi veleni nella loro azione sulla lecitina e fin dove procede oltre e dove si arresta nel singolo caso il processo di idrolisi della lecitina.

Portando le sue ricerche in modo particolare sull'enzima del veleno degli aculeati (ape, calabrone, vespa) l'O. ha messo in rilievo le differenze d'azione del veleno delle vespidee nella disintegrazione della ovolecitina da quello degli altri gruppi di aculeati. Riferisce minutamente i risultati ottenuti.

La lisocitina come veleno capillare.

Prof. GUERRINI. — In ricerche precedenti l'O. aveva dimostrato che la lisocitina spiega «in vivo» una spiccata azione emorragica e supposto, perciò, che essa debba essere considerata come un «veleno capillare».

Con esperienza in organi di animali (rene) egli dimostra che la lisocitina agisce sulla compagine della parete vasale compromettendone la impermeabilità e rendendo possibile la produzione degli stravasi sanguigni in questione.

Un nuovo apparecchio di pneumotorace.

Prof. M. CARPI. — L'O. presenta un nuovo tipo di apparecchio per pneumotorace, che offre i vantaggi seguenti:

1) Funzionamento per spostamento ad aria;

2) Riduzione della capacità reale a 100 cmc. con possibilità di eseguire introduzioni di gaz in quantità illimitata;

3) Esatta misurazione della quantità di gaz iniettato;

4) Funzionamento in compressione e in aspirazione;

5) Possibilità di eseguire tutto l'atto di prima introduzione a pressione atmosferica e per aspirazione spontanea della pleura;

6) Controllo manometrico in ogni fase dell'atto operativo.

Seduta del 10 luglio 1925.

Le legature atrofizzanti delle arterie iliache interne e delle utero-ovariche nella cura palliativa del carcinoma uterino inoperabile.

COLOMBINO e ODESCALCHI. — Gli OO. hanno praticato in sei pazienti tali legature, ottenendo benefico effetto nelle emorragie, perdite e dolori. credono che tale intervento, già da altri praticato parecchi anni addietro, meriti di essere ripreso, potendosi utilmente associare alle cure radioattive, concorrendo ad aumentarne l'entità e durata degli effetti.

Osservazioni sulla struttura dei legamenti.

G. ANNOVAZZI. — L'O. espone i risultati delle ricerche da lui fatte sopra 67 legamenti di cane, di cavallo e di uomo per riguardo al contenuto di fibre elastiche. Egli avrebbe trovato che alcuni dei cosidetti legamenti fibrosi, e per il contenuto di fibre elastiche e per la direzione di queste, hanno indubbiamente una certa elasticità. Passando quindi in rassegna alcune articolazioni, l'O. cerca di mettere in rapporto la funzione dei legamenti colla struttura anatomica in essi osservata.

L'alimentazione autoclavata.
II. Alimentazione con carne autoclavata.

Dott. FILIPPO USUELLI. — L'O. ha studiato, nel ratto bianco, gli effetti dell'alimentazione con carne autoclavata di cane e di cavallo, sgrassata o no, con o senza l'aggiunta di idrati di carbonio; in tutte le alimentazioni autoclavate studiate è mancato il reperto, fondamentale nella patogenesi dell'avitaminosi, dell'abbassamento del ricambio respiratorio; anzi quando si sono avuti gravi fenomeni intestinali, perdite di peso notevoli, ecc. si è assistito al fenomeno inverso. La alimentazione con carne autoclavata in ambiente alcalino dà luogo a fenomeni di violenta intossicazione dovuta secondo l'autore ai prodotti di disintegrazione della molecola proteica della carne.

Singolari differenze di comportamento hanno presentato gli animali sottoposti alle altre diete a seconda che queste fossero composte di carne di cane o di cavallo, fossero sgrassate o no, o aggiunte di idrati di carbonio. L'O. fa notare che quando le alimentazioni autoclavate hanno effetti letali o per lo meno dànno luogo a gravi fenomeni morbosi, le prime turbe a comparire sono a carico dell'intestino e che l'avitaminosi in questi problemi sulle alimentazioni autoclavate è un po' messo da parte, perchè mai gli è stato possibile dimostrare il caratteristico abbassamento del ricambio respiratorio e neppure quadri sindromici ed anatomo-patologici chiaramente referibili alle avitaminosi stesse.

Sul significato morfologico dell'ipofisi faringea.

Dott. EGIDIO CIARDULLO. — Dimostra come l'ipofisi faringea dell'uomo non deriva soltanto dal peduncolo faringo-ipofisario, ma anche da un rilevante contributo epiteliale proveniente *ex-novo* dalla proliferazione dell'epitelio faringeo in corrispondenza dell'area ectodermica antistante alla tasca di Rathke.

Modificazioni della curva respiratoria e pletismografica durante l'eccitamento termico del labirinto.

Dott. DARIO MAESTRANZI. — Dalle sue ricerche condotte su individui sani o affetti da forme otitiche con integrità della funzione labirintica, l'autore conchiude che la reazione labirintica sul polso, sulla curva pletismografica e su quella respiratoria è caratterizzata dai seguenti fenomeni: rallentamento e impicciolimento delle pulsazioni in oltre metà dei casi, diminuzione del volume dell'arto, ossia vasocostrizione e poi successivo aumento del volume dell'arto (vasodilatazione) e infine rallentamento del ritmo respiratorio con permanenza del torace in posizione inspiratoria. L'O. fa rilevare che le modificazioni riscontrate sono indipendenti tra loro, durano più a lungo del periodo nistagmico e non sono subordinate alla vertigine; esse sembrano l'espressione di un turbamento degli impulsi vagosimpatici.

Il Segretario: Prof. SCARLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

PATOLOGIA E TERAPIA.

La dimostrazione radiologica della vescicola biliare e la sua importanza clinico-pratica.

La dimostrazione radiologica della vescicola biliare e dei calcoli in essa eventualmente presenti è un problema assai arduo, che si è cercato di risolvere ricorrendo a vari artifizi, tra cui i più importanti sono rappresentati dall'insufflazione di aria nel colon e dallo pneumoperitoneo.

Graham, iniettando nelle vene una soluzione di un sale di sodio di tetrabromo e tetrajodo-fenolftaleina, notò che tali sostanze, eliminandosi dopo 16-24 ore attraverso le vie biliari, permettevano di rilevare delle ombre caratteristiche sullo schermo e sulle lastre radiologiche. Ma il metodo non è scevro di pericoli e d'inconvenienti per il paziente, che cade spesso in preda a vomiti violenti e fastidiosi. Inoltre, le ombre che si ottengono sono soggette a variazioni diverse, a seconda che la vescica biliare sia più o meno ripiena di bile, diguisachè non si riesce ad avere in alcun modo dei dati precisi.

Ad evitare tali inconvenienti, Pribram, Grunenberg e Strauss (*Deut. Med. Woch.*, 28 agosto 1925) hanno modificato la tecnica del procedimento nel seguente modo: Il paziente, purgato con olio di ricino, e con l'intestino pulito da un clistere, prende durante il giorno della ricerca un vitto leggiero. Sedici ore prima dell'indagine radiologica, gli si pratica una iniezione endomuscolare di 2 cmc. di ipofisina e 1 mgr. di atropina, seguita dopo 10-20 minuti da una iniezione endovenosa di una soluzione di gr. 5 di tetrabromofenolftaleinato di sodio in 40 cmc. di acqua distillata, introdotta con grande lentezza. Dopo 16-20 ore si fa la radiografia, usando lo schermo di Bucky.

I soggetti così trattati dagli AA. non mostrarono nella grande maggioranza di provare disturbo alcuno.

Uno dei resultati ottenuti è stato quello di constatare come la posizione della cistifellea sia oltremodo variabile da un individuo all'altro. Fu inoltre facile diagnosticare occlusioni calcolose del cistico e presenza di calcoli nella vescicola.

La rapidità di eliminazione della sostanza opaca attraverso il fegato si dimostrò diversa a seconda dello stato anatomico di questo, tanto che gli AA. credono che il clinico se ne potrà pel futuro eventualmente servire come metodo di prova della funzionalità epatica.

In sostanza, riportando la descrizione di alcuni casi dimostrativi, corredata dalle relative immagini radiografiche, gli AA. tendono a far risaltare l'importanza di tale presidio diagnostico come ausilio importante per la diagnosi delle affezioni epatiche e per l'indicazione di un eventuale trattamento chirurgico.

(Resultati ottimi, con metodo assai più semplice ed innocuo, cioè con l'ingestione di bromuri per via orale, hanno ottenuto Milani e Sabatini della Clinica Medica di Roma. V. *Policlinico*, Sez. prat., fasc. 18, 1925. *N. d. R.*).

M. FABERI.

Ricerche radiologiche sul riempimento della vescica biliare per mezzo di sostanze di contrasto.

Eisler e Nyiri (*Wiener Klinische Wochenschr.*, 1925, n. 42) che già hanno largamente sperimentato (Eisler) il metodo di Graham e Cole hanno praticato una serie di ricerche somministrando per bocca il sale sodico della tetrabromofenolftaleina. Gli AA. hanno impiegato il metodo su 70 casi impiegando capsule gelatinose di 0.25-0.50 gr. e dando al paziente la vigilia della ricerca 5-6 grammi in un periodo di circa 20 minuti durante il suo pasto serale. Ma successivamente fino alla ricerca il paziente si deve astenere da ogni alimento. Invece del sale di bromo si può dare il sale iodico (3-3.5 gr.). Nessuna reazione in 40 casi, negli altri dolore di testa, eccitamento al vomito, diarrea; qualche volta vomito e febbre. I casi studiati sono stati di cistifellea sana (tuttavia si può ritenere che nei presunti sani 1/10 sono portatori latenti di calcolosi) e cistifellee malate. L'ombra della vescicola sana compare in genere dopo 12 ore: dopo 18 scompare. In alcuni casi pur supponendo i pazienti sani la vescica biliare non si vede· qualche volta ripetendo la ricerca dopo 2-3 giorni si può rendere evidente. Gli AA. credono di trovare la causa del *reperto negativo* in speciali condizioni di assorbimento, in condizioni di tecnica (respirazione, spessore delle pareti, aria nel colon; forme latenti di calcolosi).

Dei casi con cistifellea malati 19 sono stati operati: due casi sono riusciti negativi (cistifellea raggrinzata-tumore); negli altri la cistifellea era visibile e ingrossata: però a differenza delle persone normali manca la costanza della forma e della grandezza (minor elasticità, minor capacità di contrazione?). Le radiografie vanno eseguite in apnea e in 2-4/10 di secondo.

Il metodo di Eisler è in fondo l'applicazione del principio enunciato da Sabatini e Milani che la visibilità della cistifellea nelle ricerche di Cole è data dal bromo: V'è anche in fondo una modificazione del loro metodo di somministrazione pura e semplice di bromuro per bocca. Anche col

metodo di Eisler non mancano i casi « bianchi » anche in persone presunte normali: l'Eisler che è a conoscenza del metodo di S. e M. cerca la spiegazione perfino nella latenza in 1/10 di casi di forme epatiche: è certo che la tecnica giuoca buona parte del successo del metodo; è necessaria per constatazione dello stesso Eisler la posa breve di 2-4 1/10 di secondo e la apnea assoluta; colla somministrazione orale di bromuri la preparazione del malato è tutto e anche maggiore che nel metodo di Eisler ed è inutile aumentando la dose di bromuro sperare una visibilità maggiore quando questa è in rapporto alla capacità concentrativa della vescicola biliare. Con alte dosi possono invece aversi disturbi specialmente di sonno prolungato come è stato notato in Germania; disturbi che con le comuni dosi da noi usate non si sono mai verificati e che pertanto non vanno riportati come appunto al metodo. L'astinenza di qualunque liquido dopo la somministrazione del bromo è condizione *sine qua non* per ovviare all'apertura dello sfintere della cistifellea). (*N. d. R.*).

E. MILANI.

Sindrome anginosa nel corso di forme fruste di litiasi biliare.

Rozkowski (*Polska Gazeta Lekarska*, num. 18, 3 maggio 1925) cita due casi di litiasi biliare in cui i sintomi proprii di questa forma morbosa erano del tutto velati, mentre il quadro era dominato dalla sindrome anginosa.

Secondo l'A. si tratterebbe di crisi anginose di origine vasomotoria: l'eccitazione dolorosa a punto di origine epatica, costituirebbe per così dire uno choc nervoso che, sulla base di una ipereccitabilità del sistema neuro-vegetativo produrrebbe uno spasmo dei vasi coronari.

L. TONELLI.

Soppressione della bile derivante da un disturbo della funzione epatica.

Drury e Rous (*Journ. of experimental Medicine*, n. 5, maggio 1925) dicono che l'anestesia prolungata del cane rende la bile incolore (bile bianca), priva di bilirubina, di colesterina, e sali biliari sì da potersi parlare di brusca soppressione della bile. Siccome nella narcosi prolungata si ha distruzione sanguigna e quindi iperbilirubinemia che può giungere fino all'ittero dei tessuti, la soppressa secrezione epatica della bilirubina non può attribuirsi a difetto di formazione di essa nell'organismo, ma viene spiegata dagli AA. con un disturbo funzionale della cellula epatica.

Questa bile bianca da lesione cloroformica del fegato va tenuta ben distinta patogeneticamente dalle altre specie di bile bianca: ad es. che si trova nelle vie biliari che non comunichino più colla cistifellea, o che comunicano con una cistifellea molto alterata, o che si hanno quando esiste un ostacolo alla secrezione epatica, in quanto che queste bili bianche derivano da un ostacolo meccanico.

L. TONELLI.

Ricerche su rimedi colagoghi per mezzo della sonda duodenale.

È una ricerca intrapresa sull'uomo da Taschenberg e Hofmann (*Deutsche Med. Wochenschrift*, n. 39, 1925).

Essi sperimentarono principalmente con l'olio di menta e con acidi biliari. L'una e l'altra sostanza aumentavano notevolmente la quantità della bile. Queste constatazioni erano però possibili soltanto in circa la metà degli individui studiati; nell'altra metà si trattava di persone nevropatiche nelle quali nel corso dell'esperimento la quantità di bile secreta subiva una graduale diminuzione spontanea che non poteva venire vinta da nessun colagogo. L'olio di menta e il glicocolato di sodio aumentavano in misura eguale la quantità della bile; la qualità della bile veniva invece diversamente influenzata dall'uno o dall'altro rimedio. Il glicocolato di sodio determinava la secrezione di una bile mucosa, densa, scura; l'olio di menta la secrezione di una bile chiara, più tenue, giallo-dorata.

POLL.

La diatermia nelle reazioni dolorose della vescicola biliare.

La diatermia, dice J. Aimard (*Journal méd. Français*, n. 2, 1925), non costituisce un trattamento specifico della litiasi biliare o della colecistite infiammatoria, ma con la sua azione sedativa permette al trattamento patogenetico medicamentoso, o idrominerale, di agire in maniera efficace senza determinare i dolori violenti o le complicazioni brutali che si osservano qualche volta. Il vantaggio dell'impiego della diatermia come sedativo, nei confronti con altri mezzi terapeutici, è nella sua benignità e facilità di applicazione. È indolore, è uguale e continua nello sviluppo di calore in tutto lo spessore dei tessuti.

Nelle reazioni infiammatorie della vescichetta biliare conviene trattare non solo questa, ma anche una grande parte della massa epatica, e il plesso solare, e per ciò si rende necessario l'impiego di larghi elettrodi, e una lunga durata delle sedute.

Il malato sottoposto all'azione quotidiana della diatermia sul fegato e sulla vescicola biliare, avverte in generale soltanto un senso di calore mo-

derato, gradevole e profondo dopo la prima o la seconda seduta cui segue uno stato di euforia addominale che dura da 15' a quattro ore. Di rado sono avvertite contrazioni vescicolari.

Alla terza seduta i dolori vescicolari spontanei cessano, quindi migliora lo stato generale, e una leggera sensibilità profonda è appena percettibile dopo il settimo giorno. Dopo la decima applicazione, in generale, ogni sensibilità vescicolare è scomparsa.

La indicazione di scelta della diatermia è per la colecistite subacuta o cronica con o senza litiasi. La sua azione si manifesta anche nei casi di colecistite con pericolecistite, e aderenze piloro-duodeno-vescicolari, in cui le sofferenze gastriche e il dolore della regione cistica sono soppressi o notevolmente attenuati; e negli spasmi vescicolari che sono sedati da applicazioni ripetute, se occorre, anche due volte al giorno. Invece la diatermia è poco efficace negli obesi avanzati nell'età, con un passato litiasico, nei quali la vescicola biliare aumentata di volume rappresenta un corpo estraneo nell'addome: la sclerosi vescicolare, la suppurazione con angiocolite e ittero segnano il fallire di un tale trattamento.

La diatermia può essere infine di prezioso ausilio nella diagnosi differenziale per malattia della vescichetta e ulcera duodenale. Secondo la esperienza fatta si può ammettere che un dolore che ha sede nella zona cistico-piloro-duodenale e che cede a una serie di sei applicazioni quotidiane di diatermia è di origine vescicolare, poichè la diatermia è pressochè inefficace nell'*ulcus* del duodeno.

A. PICCINELLI.

L'ipofisi come evacuante biliare.

Il sondaggio duodenale, con l'introduzione del solfato di magnesia o di peptone, permette di ottenere l'evacuazione della cistifellea. Secondo W. Schöntube (*Klinische Wochen.*, 2 aprile 1925) si può ottenere lo stesso risultato con l'iniezione sottocutanea od endovenosa di estratto del lobo posteriore dell'ipofisi. L'evacuazione della cistifellea si produce in 25-30 minuti, come si può rilevare con la sonda duodenale.

Tale evacuazione risulta da un'eccitazione del vago. Si potrebbe sperare di realizzare nelle colecistiti il drenaggio medico della cistifellea, senza ricorrere al sondaggio duodenale. Ma, invece, nelle colecistiti si produce la scomparsa del riflesso all'estratto ipofisario, quindi il metodo non può essere applicato in terapia.

fil.

VARIA.

Troppe donne.

Il dott. Pinard, deputato al Parlamento Francese, in una intervista pubblicata sul *Matin* ha messo in rilievo i danni derivanti alla salute ed alla morale dall'eccesso della popolazione femminile. Attualmente in Francia le donne eccedono sugli uomini per circa un milione e mezzo e ciò, osserva il dott. Pinard, può dar ragione della decadenza fisica e morale della razza francese.

La donna non può godere perfetta salute se non assolve regolarmente le sue funzioni sessuali e non sia divenuta madre almeno prima dell'età di 25 anni.

Così la vecchia teoria che la guerra è un metodo naturale di miglioramento trova anche in quest'osservazione la sua smentita. La guerra produce sempre una distruzione di maschi con la conseguente preponderanza delle donne.

La moralità media di un paese è in buona parte in funzione della proporzione tra uomini e donne. Quando gli individui dei due sessi sono numericamente eguali c'è la tendenza ad una moralità superiore; quando invece le donne sono in eccesso il livello morale si abbassa. In Francia, dove le guerre sono state frequenti, la popolazione femminile è stata sempre eccedente, con il risultato che la conquista dell'uomo ha costituito quasi sempre un premio.

L'abbondanza dell'elemento femminile aumenta il celibatario: gli uomini hanno a portata di mano un gran numero di donne la cui conquista è facile, distogliendoli così dal matrimonio, che con la sua uniformità, i suoi pesi, e i suoi pericoli di vario genere è sempre poco incoraggiante. Gli inconvenienti morali del celibatario sono troppo noti per essere ricordati.

D'altra parte le donne, quando sono in eccesso, non hanno una vera libertà di scelta. Assillate dalle necessità del sesso e dal desiderio di una qualsiasi sistemazione, pur di maritarsi non vanno tanto per il sottile sulle capacità intellettuali e fisiche dell'uomo che sposano. E ciò a tutto svantaggio della prole, nonchè della morale. Poichè questa mancanza della libera scelta, come anche il prevalere del celibatario spiegano perchè nei paesi dove c'è eccesso di popolazione femminile è molto diffuso il *ménage a trois*. Questo fatto a prima vista appare paradossale in quanto la sproporzione con vantaggio numerico delle donne sembrerebbe dovesse favorire più la poligamia che la poliandria.

Questi inconvenienti, oltre quelli di natura contingente, danno ragione del desiderio molto diffuso negli sposi di avere più figli maschi che femmine.

argo

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

I. — Illegalità della deliberazione approvata in adunanza indetta dal Sindaco.

È nulla la deliberazione adottata dal Consiglio comunale in sessione straordinaria, indetta dal sindaco, senza che il giorno della seduta del Consiglio sia stato fissato dalla Giunta Municipale. Nel caso così deciso dalla V Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 20 marzo 1925 n. 153 si trattava di una deliberazione di licenziamento per fine del periodo di prova. Ma la regola vale per qualsiasi deliberazione. Già noi segnalammo altre decisioni in senso conforme. Il Consiglio di Stato insiste nella sua giurisprudenza che è fondata sulla disposizione dell'art. 139 della legge comunale e provinciale, la quale esclude dai poteri del Sindaco quello di stabilire il giorno delle sedute consiliari. Il Consiglio di Stato ritiene che questa norma, attributiva di competenza, sia inderogabile. Non è qui il caso di approfondire l'esame della questione. Vogliamo soltanto avvertire la opportunità che, per qualsiasi deliberazione, gli interessati verifichino se la norma fu osservata, se cioè il giorno della adunanza fu stabilito dalla Giunta comunale.

II. — Consorzi sanitari comunali.

I Consorzi comunali sono enti autarchici dotati di personalità giuridica propria, distinta da quella dei singoli Comuni che li compongono (articolo 117 della legge comunale e provinciale).

Di questo principio ovvio la IV Sezione del Consiglio di Stato ha fatto applicazione con decisione 20 marzo 1925 n. 381 agli effetti delle notificazioni, dichiarando che gli atti devono essere notificati alla legittima rappresentanza del consorzio e non ai singoli Comuni che ne fanno parte. Ma il principio ha una portata più ampia. Noi lo segnaliamo, anche dal punto di vista pratico, agli effetti dello svolgimento di tutti i rapporti, così per la nomina come per i successivi provvedimenti concernenti lo stato giuridico ed economico dell'impiegato e infine per le eventuali contestazioni. Tutti i provvedimenti devono essere emanati e le contestazioni devono svolgersi in confronto della legittima rappresentanza del Consorzio.

Sarebbe per es. invalida la nomina deliberata dal Consiglio comunale dei singoli Comuni consorziati, perchè, costituito il Consorzio, soltanto alla rappresentanza di esso spetta di provvedere alla nomina dell'impiegato. Per la stessa ragione sarebbe inefficace il licenziamento deliberato dai singoli Comuni.

Allo stesso principio si riconnettono le conseguenze dipendenti dalla formazione o dallo scioglimento dei Consorzi agli effetti della risoluzione dei rapporti d'impiego, verificandosi veri e propri casi di cessazione della condotta sia che un Consorzio venga costituito e quindi, creandosi un nuovo ente per l'assistenza sanitaria, non esista più la condotta del *comune* consorziato, sia che, sciogliendosi un Consorzio, venga meno la condotta consorziale e si verifichi perciò un caso di novazione soggettiva (Comune invece del Consorzio) ed oggettiva (condotta comunale anzichè consorziale).

È opportuno, anzi necessario, che questa materia sia disciplinata dal regolamento sanitario: dovendosi ora applicare i principi generali del diritto, e mancando norme speciali che regolino la successione tra enti nel caso di costituzione o di scioglimenti di consorzi o di costituzione di nuovi Comuni o di nuove aggregazioni, ecc., si verificano conseguenze spesso non eque e pregiudizi rilevanti in danno dei sanitari che hanno conseguito la stabilità.

Il regolamento 19 luglio 1906 n. 446 prevede all'art. 30 soltanto la ipotesi dello scioglimento di un Consorzio e attribuisce una indennità pari ad un anno di stipendio al sanitario stabile che non consegua altro posto di condotta egualmente retribuito o da un nuovo Consorzio composto in tutto o in parte dei Comuni che formavano il Consorzio disciolto o da alcuno dei Comuni stessi. Ma tutte le altre ipotesi, alle quali abbiamo sopra accennato, non sono provviste e regolate da norme speciali.

Noi più volte abbiamo insistito su questo punto perchè vediamo la importanza delle questioni che frequentemente sono sottoposte al nostro esame nel campo dell'attività pratica professionale. Sarà opportuno che gli Ordini e i Sindacati segnalino al Governo la necessità che questa materia sia ben disciplinata dal regolamento, che è in corso di formazione.

III. — Pignorabilità di beni patrimoniali dei Comuni e allocazioni in bilancio.

È affetta da errore di diritto la sentenza che limita la pignorabilità dei beni mobili patrimoniali di un Comune al solo caso in cui il debito per il quale si procede sia iscritto nella parte passiva del bilancio.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

I beni patrimoniali degli enti pubblici autarchici — diversamente da quelli demaniali — sono pignorabili dai creditori, salvo che essi siano destinati in bilancio a sopperire ad un pubblico servizio.

Più grave errore è il ritenere che la speciale facoltà surrogatoria attribuita alla G. P. A. di procedere alle allocazioni di bilancio per le spese obbligatorie e di spedire i mandati relativi, basti a soddisfare le ragioni dei creditori e dei Comuni e delle Provincie e ad ottenere quella iscrizione del debito in bilancio, che sarebbe il presupposto della pignorabilità dei beni. La funzione suddetta della G. P. A. ha carattere amministrativo discrezionale e non può sostituire la coazione giurisdizionale, alla quale il privato ha diritto nei limiti stabiliti dalla legge (Corte di Cassazione del Regno, Prima Sezione civile sentenza 26 giugno 1925, ric. Gorga contro Comune di Emignano).

IV. — Sono applicabili ai concorsi per medici condotti le norme relative all'assunzione degli invalidi della guerra?

L'art. 8 della legge 21 agosto 1921 n. 1312 dispone così: « nella ammissione agli *ultimi posti di ruolo* che sono o si renderanno vacanti nelle amministrazioni dello Stato, nelle Amministrazioni comunali e provinciali, nelle aziende municipalizzate e negli istituti soggetti a vigilanza governativa, fermi restando i diritti agli impieghi civili concessi ai sottufficiali dalle vigenti disposizioni e quelli spettanti agli impiegati che saranno messi in disponibilità per riduzione di organico, dovrà essere data la preferenza agli invalidi di guerra, di cui agli art. 1 e 2 della presente legge, che posseggono i requisiti richiesti dalle vigenti disposizioni per la assegnazione dei posti medesimi e, qualora si tratti di posti da assegnare per concorso, che abbiano conseguito l'idoneità sino a che non sia stata raggiunta la proporzione di un invalido ogni dieci posti o frazione di dieci per gli impieghi amministrativi e di ragioneria e la proporzione rispettivamente del dieci e del venti per cento per gli impieghi d'ordine e per i posti di subalterni ».

È applicabile questa disposizione nel caso di concorso per la nomina di *medico condotto*? La IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 17 aprile 1925 n. 429, ric. Levrero dott. Giacomo contro Comune di Busalla, ha dichiarato che quella norma « non trova applicazione per l'assegnazione del posto di medico condotto, *non potendo questo posto dirsi l'ultimo del ruolo*. Siffatta qualificazione presuppone sempre logicamente una pluralità di posti di gradi diversi e quindi ordinati in guisa da costituire una gerarchia. I posti unici di ruolo, riferendosi a funzioni di speciale responsabilità, di solito reclamano che la scelta della persona che ne è investita debba essere effetto della speciale valutazione delle qualità individuali e non possa derivare dall'applicazione di una norma astratta, preordinata a favore di determinate categorie di cittadini ».

Per evitare confusioni, è necessario tener presente che questa controversia e la risoluzione ad essa relativa riguardano soltanto le norme per l'assunzione obbligatoria degli invalidi di guerra nelle pubbliche amministrazioni e nelle aziende private a norma della legge 21 agosto 1921 n. 1312. Diversa e distinta, invece, è la ipotesi concernente non l'assunzione obbligatoria ma il diritto di preferenza che spetta, *a parità di merito* o nel caso di merito prevalente, agli invalidi, ai feriti in combattimento, agli insigniti di medaglia al valore militare o di altra attestazione speciale al merito di guerra, a coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti, ecc. e ciò a norma delle combinate disposizioni dell'art. 3 del D. L. 24 settembre 1923 n. 2073 e dell'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290. Di questo diritto di preferenza e della giurisprudenza che si è formata, noi ci occupammo con altra nota pubblicata in questa stessa rubrica. Quì diciamo soltanto che noi siamo persuasi essere applicabili nel caso di concorso di medici condotti le *preferenze* stabilite dalle disposizioni dei citati decreti. Ma diverso è, ripetiamo, il caso previsto dalla legge 21 agosto 1921 per l'assunzione obbligatoria degli invalidi di guerra: la decisione 24 aprile 1925 n. 494 si riferisce quindi esclusivamente a quest'ultimo caso e non a quello delle preferenze.

V. — Contestazione degli addebiti.

In nessun caso si può punire per un fatto o un addebito non preventivamente contestato, specialmente se si tratti non di semplice pena d'ordine ma di pena espulsiva. Questa norma è ormai ammessa costantemente dalla giurisprudenza in tutti i casi di licenziamento per motivi disciplinari e anche in confronto degli impiegati interini e perfino degli avventizi. La IV Sezione del Consiglio di Stato, facendone applicazione in un caso concreto con decisione 13 marzo 1925, n. 376, ha soggiunto che « non varrebbe dedurre in contrario che il fatto addebitato è *certo ed indiscutibile*, perchè il diritto di difesa, *che non può mai essere soppresso*, importa che l'addebito sia contestato in modo che l'interessato possa impugnare, ove occorra, non soltanto l'esistenza del fatto, ma anche le circostanze e le conseguenze di colpa e di responsabilità che se ne vorrebbero derivare ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato medici manicomiali.

In seguito all'esito di un referendum, l'Associazione dei medici di manicomio si è trasformata in Sindacato Nazionale. Il consiglio eletto a Siena si è aggregato come segretario il dott. Pini; e nell'impossibilità d'indire per ora il congresso, ha rassegnato le dimissioni, affidando allo stesso dott. Pini la direzione provvisoria del Sindacato, con l'intesa che il benemerito dott. Baroncini rimanga a far parte della Commissione per la riforma della legge sui manicomi. L'Associazione resta dunque provvisoriamente trasferita a Firenze (Manicomio di San Salvi), presso il collega Oliviero Pini.

Associazione Nazionale Medici Visitatori.

Sono stati ricevuti dal direttore generale della Sanità pubblica, gr. uff. dott. Messea, e dal vicedirettore comm. dott. Basile, il prof. Jader Cappelli, direttore della Clinica dermosifilopatica di Torino e presidente della Soc. It. di Dermatologia e Sifilografia, e il prof. Vincenzo Montesano, presidente dell'Assoc. Professionale dei Dermosifilografi Italiani, i quali hanno loro presentato il dott. Antonio Buquicchio, presidente dell'Associazione Nazionale dei Medici Visitatori.

Scopo della visita era di illustrare un memoriale presentato dai Medici Visitatori, contenente alcune osservazioni e proposte in merito all'applicazione del regolamento sulla profilassi della sifilide e delle malattie veneree e sulle condizioni attuali di carriera dei Medici Visitatori.

Il direttore generale, che aveva già esaminato il memoriale, volle prendere in seria e benevola considerazione le osservazioni e le proposte ivi contenute e promise di farne immediato oggetto di uno studio accurato.

Per gli stipendi ai sanitari municipali in provincia di Bari.

Il prefetto di Bari ha diramato una circolare ai comuni che non avevano ancora provveduto ad assegnare ai sanitari dipendenti lo stipendio di cui alla circolare 1° giugno 1925, richiamandoli all'osservanza di tale disposizione e minacciandoli di provvedere d'ufficio a norma di legge.

Fascio Medico Parlamentare.

Si è costituito fra i medici della maggioranza parlamentare. Parecchi argomenti furono delibati: la pensione ai medici condotti; la partecipazione dei deputati medici ai Consigli direttivi degli Istituti a carattere sociale sanitario; la revisione dei Consigli di amministrazione di Istituti che trattino argomenti medico-legali; ecc. A presidente fu eletto l'on. Gabbi

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Municipio*. — Capo del Laboratorio batteriologico (II Grado tecnico); stip. iniziale lire egiziane 900 annue, elevabile a L.E. 1140, con aumenti biennali di L.E. 80. Diritto a pensione dietro ritenuta del 5 %. Età mass. 45 a. Laurea riconosciuta in medicina; titoli di preferenza: diploma d'igiene pubblica ed esperienza effettiva nella batteriologia dei paesi caldi. Scad. 10 marzo 1926. Rivolgersi alla « Commission Municipale », Alessandria.

BASCHI (*Perugia*). — Due cond., per due fraz.; L. 9000 per 1000 pov.; addizion. L. 2; quattro quinquenni decimo; L. 600 serv. attivo; c.-v. Età lim. 40 a. Tassa L. 50,15 per ogni conc. A tutto 15 genn.

CASTEL CAMPAGNANO (*Caserta*). — Al 10 feb.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; oltre L. 2400 cav. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.15. Se uff. san. L. 500. Docum. a 3 mesi dal 20 dic.

CELLA DATI (*Cremona*). — A tutto 15 gen. ore 16; L. 11,500 per 1000 pov.; addizion. L. 2,50; circa 1500 pov. Capitolato-tipo. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15. Obbl. mezzo di trasp., con indennità da stabilirsi. Assicur. Per uff. san. L. 300 (*sic*). Abitaz. dietro corrispettivo congruo canone. Titolo di prefer.: biennio di osped. o condotta.

GIRGENTI. *Ospedale Civile*. — Chirurgo direttore; titoli ed eventualm. esami; L. 12,000 e 50 % onorari prestazioni chirurgiche. Docum. alla Congreg. di Carità entro il 16 gen. Età 35-55 a. Tassa L. 50. Divieto di gestire o dirigere case di salute o reparti ospedalieri o di eseguirvi operazioni o visite. Chiedere annunzio.

MARRADI (*Firenze*). — Al 7 gen.; cond. L. 8500, direz. osped. L. 3000, uff. san. L. 1000; med. ferrovie, ecc.; 2 c.-v.; tassa L. 50.15.

MEDUNA DI LIVENZA (*Treviso*). — Proroga 15 gen.; L. 8000 e doppio c.-v.; L. 2500 trasp. L. 500 uff. san.; tassa L. 50,10.

MOLTENO (*Como*). — Consor. 4 comuni; al 31 gen., ore 17. Età lim. 40 a. Tassa L. 50. Stip. L. 9000 per 400 pov.; addizion. L. 5 se nella residenza del med., L. 8 se fuori resid.; L. 3500 per vettura od automob.; L. 500 ambulat.; L. 1500 uff. san.; 4 quinquenni dec.

MONGHIDORO (*Bologna*). — Scad. 15 gen.; 2ª condotta; L. 9800 per 500 pov., addiz. L. 3; cinque quadr. dec.; per cav. L. 3000; età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

PARRANO (*Perugia*). — Al 15 gen., ore 16; stip. L. 8000, oltre L. 600 serv. att., L. 500 uff. san., due c.-v. diminuiti di L. 780; cinque sessenni dec. Età lim. 35 a. Docum. non anter. al 6 dic. (*sic*). Accettaz. entro 5 gg., servizio entro 15 gg. (*sic*). Chiedere annunzio.

PORDENONE. *Ospedale Civile di S. Maria degli Angeli.* — A tutto il 31 gen. primario medicina; titoli ed esami; L. 8000 e c.-v. Tassa L. 50.15. Sei anni di laurea; età lim. 40 a. se di prima nom., 50 se già primario o in serv. presso pubbl. Ammin. Nomina biennale, conferma per 8 anni e poi per 15 ma non oltre 65. Chiedere annunzio.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — Scad. 15 gen., 3ª cond.; L. 9500 e 5 quadr. decimo; L. 500-1800-4000 secondo mezzo trasp. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10.

SANGIUSTINO (*Perugia*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 per resid. e 500 pov.; 4 quadr. dec.; L. 600 indenn. serv.; addiz. L. 2; c.-v.; L. 4000 cavalc.; L. 500 uff. san.; indenn. ambulatorio da concordarsi. Età lim. 35 a. Ab. 5600.

SANTOPADRE (*Caserta*). — Scad. 10 genn.; L. 8000 e 5 quadrienni di 1 dec.; cav. L. 2400; uff. san. L. 500. Tassa L. 50.15.

TEGLIO (*Sondrio*). — Ab. 2846, di cui 200 iscr.; L. 8500 oltre L. 2000 quota mobile, L. 840 trasferta senza obbl. cav. Altit. 900 m. Chiedere annunzio. Scad. 10 gen.

Presso la *Società Veneziana contro la Tubercolosi* è aperto il concorso a due posti d'ispettrice nel Dispensario Antitubercolare Marini Missana; L. 800 mensili; biennio di prova; titoli ed esami. Età 24-35 anni. Diploma d'infermiera conseguito presso una Scuola-Convitto. Rivaccinaz. non anteriore ai 3 anni. Scad. 15 gen. Docum. alla Segreteria (dott. Boldrin, S. Margherita 3114, Venezia).

CONCORSI A PREMI.

Premio Locatelli.

È aperto il concorso al premio Locatelli di lire mille sul tema: «Le dermatosi scolastiche». Il lavoro avrà scopo di propaganda igienica e sarà in forma popolare da poter esser letto con profitto anche da coloro ai quali, per ragioni di insegnamento, di educazione, di custodia, ecc., sono affidati dei bambini in età da frequentare le scuole.

I lavori devono essere inediti, macchinoscritti, o stampati, e inviati non oltre il 30 maggio 1926. Autori di nazionalità italiana.

Per schiarimenti rivolgersi alla segreteria: prof. Roberto Terzaghi, Roma, via Napoli n. 5.

Société Française de Chirurgie.

Sono aperti a competizioni internazionali i seguenti premi: Laborie di 1200 franchi su di un tema inedito; Gerdy di 2000 fr., biennale, sugli «effetti dell'anestesia generale sul fegato»; Ricord, di 300 fr., biennale, su qualsiasi tema; Lannelongue, di 5000 fr., a chi avrà maggiormente contribuito nel corso di 10 anni ai progressi della chirurgia: questo premio si assegna ogni 5 anni e non può decretarsi due volte consecutive alla stessa nazione (l'ultima volta toccò agli Stati Uniti). Rivolgersi alla segreteria della Società, Rue de la Seine 10, Paris.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: prof. Rodolfo Bonfigli, vicedirettore del Manicomio di Roma; prof. Giulio Alessandrini, della R. Università di Roma; dott. Ferdinando Petilli, segretario del Sindacato provinciale medici condotti di Napoli; prof. Nicola Orsi, direttore degli Ospedali «Elena d'Aosta» e «Paolina Ranieri» del Pio Monte della Misericordia in Napoli; dott. Giuseppe Sacchi, medico provinciale di Torino.

Il prof. Camillo Gallenga è nominato rettore dell'Università di Parma, in sostituzione del sen. Agostino Berenini, dimissionario.

La Facoltà Medica di Siena ha affidato l'incarico della patologia medica al prof. Pietro Sisto, da molti anni aiuto del prof. Angelo Ceconi a Torino. Rallegramenti cordiali al nostro antico collaboratore.

Ha conseguito la libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria il dott. Antonio De Castro. Congratulazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

I Congressi di Ostetricia e Ginecologia e di Dermosifilografia.

Si sono svolti a Roma sulla fine dello scorso anno.

Prossimamente ne daremo estesi resoconti, redatti per noi dai proff. Cesare Micheli e Vincenzo Montesano.

Pel Congresso di Odontoiatria a Perugia.

I temi che l'assemblea dei soci della Federazione Stomatologica italiana, in occasione del Congresso di Fiume, ha fissato perchè siano svolti al venturo Congresso che si terrà a Perugia, sono i seguenti:

Prof. A. Beretta (Bologna): Istogenesi, istologia e biochimica del dente in rapporto alla sua fisiologia e patologia.

Prof. Corrado D'Alise (Napoli): Etiologia delle deformità dento-facciali.

Dott. G. Buttazzoni (Bologna): L'impronta nella protesi dentaria.

Le relazioni saranno pubblicate prima del Congresso così che ognuno possa prepararsi alla discussione che ne seguirà.

"Foederatio Bioclimatica".

Fu costituita a Davos (Svizzera), in occasione del Congresso internazionale di Climatologia. Sarà l'organo di preparazione dei Congressi internazionali futuri, ed una segreteria generale in Davos, con a capo il dott. Volgel-Eysern, darà tutte le informazioni del caso, collaborando con i Segretariati nazionali dei singoli aderenti.

Congresso internazionale di balneologia.

Si adunerà ad Aquisgrana dal 7 al 10 aprile. Temi di relazione: 1) La balneologia nelle malattie articolari e muscolari; 2) Le indicazioni delle acque sulfuree; una giornata verrà dedicata alla parte naturalistica, climatologica e tecnica della balneologia. Per informazioni rivolgersi a: Dr. Max Hirsch, Fraunhoferstr, 16, Berlin-Charlottenburg.

Conferenza internazionale sul lavoro.

L'8ª Conferenza internazionale del lavoro si aprirà a Ginevra il 26 maggio prossimo, e il 7 giugno successivo seguirà la Conferenza per i problemi riflettenti il lavoro marittimo.

La Società Internazionale per gli Studi sessuali

la cui attività era stata interrotta dalla guerra, ha ripreso i suoi lavori; organizza ora un Congresso internazionale. Per informazioni rivolgersi al Geh. Rat Dr. A. Moll, Berlin W. 19, Kurfürstendamm 45.

Al gruppo napoletano di Eugenica.

Il 1° dicembre, come era stato annunciato, ebbero luogo a Napoli le elezioni del Consiglio Direttivo.

Vennero eletti consiglieri: sen. prof. Leonardo Bianchi, on. Roberto Bracco, on. prof. Pietro Capasso, on. prof. Pietro Castellino, sig.ra Giulia Civita, direttrice Nave Asilo Caracciolo, prof. Gaetano Corrado, titolare di medicina legale alla R. Università, prof. Raffaele Corso, libero docente di etnologia, prof. Giuseppe D'Abundo, direttore della Clinica Psichiatrica, prof. Dante de Blasi, direttore dell'Istituto d'Igiene, prof. Augusto Graziani, titolare di economia politica, prof. Gaetano Iappelli, col. Pasquale La Grotteria, direttore di sanità del 3° corpo d'armata, prof. Alfredo Niceforo, titolare di statistica alla R. Università, avv. Alfredo Vittorio Russo, giurista, on. prof. Giunio Salvi, titolare di anatomia, prof. Ernesto Scuri, direttore della Scuola di metodo dei sordomuti, col. prof. Leone Sestini, direttore di Sanità marittima, prof. Rodolfo Stanziale, direttore della Clinica dermosifilopatica, prof. Gabriele Tedeschi, prof. Angelo Zuccarelli, direttore dell'Istituto di Antropologia criminale.

Vice Segretari: dott. Amedeo Tornatore dei Pellegrini, dott. Francesco Vizioli, della Clinica Psichiatrica.

Il ciclo dei lavori di quest'anno verrà inaugurato con una conferenza dell'illustre sociologo ed economista sen. prof. Achille Loria, della Università di Torino.

Nell'Istituto Vitt. Em. III per il cancro.

Ebbe luogo, a Milano, la prima riunione del Consiglio d'amministrazione dell'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro, testè costituito, i cui membri — a norma dello statuto — sono: sen. Luigi Mangiagalli, conte Febo Borromeo, princ.ssa Rosanna Borromeo Arese, comm. marchese Giuseppe De Capitani, avv. comm. Sileno Fabbri, prof. gr. uff. Carlo Radice-Fossati, rag. gr. uff. Dante Gaslini, prof. comm. Serafino Belfanti, ing. comm. Raimondo Targetti, dott. gr. uff. Alessandro Medea.

Venne eletto presidente il sen. Mangiagalli, e in attesa della compilazione del regolamento vennero nominate una giunta finanziaria composta dei signori ing. Radice-Fossati, rag. Gaslini, ing. Targetti, avv. Fabbri, ed una Commissione scientifica, composta dei signori sen. Mangiagalli, prof. Bertazzoli, prof. Belfanti, dott. Medea.

Il presidente fece quindi un'ampia esposizione dei criteri che l'avevano guidato nella concezione dell'Istituto, e l'ing. Ferrini illustrò il modo con cui detti criteri erano stati sviluppati nel progetto che venne approvato, deliberando il sollecito inizio dei lavori.

Fra Cliniche e Ospedale alle Molinette in Torino.

Ha avuto luogo, al Municipio di Torino, una riunione per definire gli accordi fra i diversi Enti interessati per l'erezione dell'Ospedale municipale alle Molinette e delle Cliniche universitarie. Intervenne all'adunanza il rettore prof. Pocchettino in rappresentanza dell'Università. La questione era matura e non occorreva più che concretare le formule della convenzione ed essenzialmente la misura dei varî contributi per dar finalmente vita al nuovo Ente.

Tempo addietro era stata preventivata una prima spesa di trenta milioni, che subito però era stata ritenuta insufficiente. L'importo di tale preventivo sarà più che raddoppiato.

I diversi contributi sarebbero così determinati: 10 milioni dell'eredità Abegg, 12 milioni del Governo, 5 milioni della Cassa di risparmio, un milione e mezzo dell'Opera pia di San Paolo, circa mezzo milione dell'Amministrazione del Manicomio. Il Municipio, per parte sua, darà il terreno necessario, che è valutato 8 milioni, e stanzierà circa 22 milioni per far fronte alle maggiori cifre del bilancio per l'esecuzione del progetto, che, senza tener conto del terreno, è preventivato in 12 milioni.

La convenzione venne firmata e trasmessa al Ministero per la necessaria sanzione.

Istituzioni assistenziali e curative.

Il 23 dicembre, alla presenza della regina Elena e di personalità spiccate, venne inaugurato a Roma dal governatore sen. Cremonesi l'Istituto di profilassi antitubercolare, che corona l'opera svolta nel corso di un decennio dal Comune.

L'Istituto è affiancato all'Ufficio d'Igiene; ha sede in via Ariosto. Comprende un centro di accertamento clinico, con le più moderne risorse diagnostiche e con un gruppo di visitatrici; un centro di collegamento tra le singole istituzioni antitubercolari cittadine e di smistamento per dirigervi i malati e i predisposti; un casellario della tubercolosi; ne fanno anche parte il dispensario della

zona e una colonia diurna. Nell'insieme, costituirà il fulcro dell'azione antitubercolare del comune di Roma.

È stata inaugurata a Roma, nell'Ospizio Umberto I in Trastevere, dipendente dalla Congregazione di Carità, la Poliambulanza Medica, istituita con un munifico contributo del comm. Carlo Scotti; alla cerimonia era presente il Re, al cui nome la Poliambulanza s'intitola; monsignor Panizzardi benedisse le sale; nell'atrio fu scoperta una lapide a ricordo dell'avvenimento.

A Napoli presenti il R. Commissario e il cardinale Ascalesi, ebbe luogo la solenne inaugurazione della nuova sala di recezione dell'ospedale dei Pellegrini, comprese due sale di pronto soccorso e la nuova sala per le operazioni.

Parlarono il barone Carelli rifacendo la gloriosa storia dell'ospedale, il prof. Puzzo per il corpo sanitario e il cardinale Ascalesi, che ha impartito la benedizione alle sale con belle e commosse parole. Quindi l'on. Foschini ha esaltato il significato della cerimonia. Infine il prof. Tritto, a nome del corpo sanitario, ha offerto due medaglie d'oro al governatore e al marchese Torre.

Ad Olgiate, presso Milano, l'Opera Antitubercolare ha inaugurato un nuovo padiglione, presente l'on. Mussolini, con un discorso del sen. Mangiagalli. Il sig. Cesare Mantegazza e la sua signora, presenti alla cerimonia, hanno donato 50,000 lire all'Istituzione.

A Gozzano venne inaugurato il nuovo Ospedale, presente il duca di Pistoia.

Per iniziativa del commissario del Comune di Sezze e della locale Congregazione di Carità, col concorso della C. R. I., il 1° gennaio si è aperto un nuovo ambulatorio antimalarico in quell'Ospedale Civile.

Nel giornalismo medico.

Hanno iniziato le pubblicazioni gli « Archivos Argentinos de enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición », diretti da Carlos Bonorino Udaondo, a periodicità bimestrale; l'amministrazione ha sede a Buenos Aires, Calle Junin 845. Il primo numero reca sette articoli originali, una rivista sintetica e una copiosa messe di recensioni, tra cui tengono degno posto quelle di lavori italiani. Auguri.

A sostituire il prof. Mario Segàle nella direzione di « Pathologica » è stato chiamato il prof. A. Cesaris Demel.

« Terapia Contemporanea » sarà un'edizione italiana della « Therapie der Gegenwart », ma assumerà un carattere più vasto, accogliendo lavori di terapia di tutte le Nazioni; è diretta dal prof. Georg Klemperer, clinico medico di Berlino e dal prof. Gaetano Pascale, clinico chirurgo di Napoli; l'amministrazione ha sede in Napoli (16), Galleria Umberto I, 83.

Il primo numero reca due contributi originali italiani, due germanici, due austriaci, due czecoslovacchi, uno svedese, uno russo.

Conferenza medica.

Nella sede dell'Ordine dei Medici il dott. prof. Uberto Arcangeli ha svolto il tema: « La cura della febbre tifoide » destando vivo interesse nel numeroso uditorio di medici per la chiara esposizione fatta in maniera pratica sull'importante argomento.

L'oratore dopo avere accennato alla importanza della cura di tale malattia, come può dedursi dalle statistiche sulla morbilità per tifo, passa in rassegna i vari medicamenti proposti successivamente come mezzo di cura, e parla della sieroterapia, basandosi, per il relativo giudizio, su osservazioni ed esperienze cliniche.

Tratta quindi ampiamente della vaccinoterapia, accennando al criterio ispiratore di tale cura specifica, al valore di tale mezzo di cura, ed ai brillanti risultati ottenuti da lui in numerosi casi osservati negli Ospedali, come altresì da altri valenti clinici. Incoraggia perciò vivamente i medici a preferire tale sistema di cura che corrisponde, per il risultato dell'esperienza clinica, ai più moderni progressi della medicina.

L'enciclopedia Treccani.

Sono stati incaricati di collaborare sulla « Grande Enciclopedia Italiana », per le discipline mediche, i proff. Mario Donati, Nicola Pende e Giacinto Viola.

L'Enciclopedia — la quale com'è noto, è finanziata da Giovanni Treccani, diretta da Giovanni Gentile, edita da Calogero Tumminelli — consterà di 60 mila voci principali. Si annunzia che manterrà un carattere severamente scientifico, restando superiore a partiti ed a scuole.

Il sen. Edoardo Maragliano libero docente.

L'insigne nostro Maestro ascende di bel nuovo la cattedra che Egli ha per quarant'anni cotanto onorato. Rivedremo la sua giovanile vecchiezza non tocca dal tempo, che noi veneriamo; riudremo la sua calda ornata parola, insuperabile nell'ammaestramento, suscitatrice di energie col suo fervore nel culto della scienza.

Egli terrà un corso di Patologia e Clinica medica delle malattie tubercolari, quale libero docente di clinica medica.

Corso internazionale di perfezionamento a Vienna.

Il 20° corso di perfezionamento per medici pratici nazionali e stranieri avrà luogo presso la Facoltà Medica di Vienna dall'8 al 20 febbraio; concernerà le malattie digerenti e del ricambio con speciale riguardo alla terapia. Seguirà una settimana di esercitazioni di seminario. Si avverte

che un altro corso internazionale, concernente la tubercolosi, si terrà dal 28 giugno al 3 luglio, e che hanno luogo numerosi corsi speciali in tutto l'anno. Chiedere programmi e informazioni al Dr. A. Kronfeld, Sekretär der Internationalen Fortbildungskurse, Wien IX, Porzellangasse 22.

La radiotelefonia negli ospedali.

In merito alla notizia da noi data sotto questo titolo nel fasc. 51, il prof. A. Manna ci invia un opuscolo dal quale risulta che, trovandosi a prestar servizio di aiuto chirurgo nel II Padiglione del Policlinico in Roma, egli applicò la cuffia a due piccole inferme poco prima dell'atto operativo, riuscendo a distrarle e tranquillizzarle. In seguito egli ripetè le prove sugli operandi nell'Ospedale di S. Giovanni. Egli se n'è valso sia nel periodo pre-operatorio, sia durante l'operazione nel caso di interventi eseguiti con anestesia locale o midollare.

È deceduto improvvisamente a Roma, in una camera d'albergo, il prof. AMERIGO FILIA, rettore dell'Università di Sassari, direttore di quella clinica pediatrica, valoroso insegnante e studioso.

Si è spento in Modena, dopo oltre 10 mesi di una lunga ed atroce malattia, il prof. JOSÈ CARRA, della R. Università di Milano.

La morte di lui ha suscitato unanime compianto nel campo scientifico, dove il prof. Carra era conosciutissimo e grandemente stimato. La sua attività scientifica lo aveva collocato assai in alto nella pubblica estimazione. Egli, giovanissimo ancora, a soli 26 anni aveva conseguito la libera docenza. Laureatosi in medicina nel 1921 la sua tesi di laurea venne pubblicata a spese della Facoltà; ma già da studente egli ebbe a pubblicare parecchi lavori sperimentali, vincendo varî concorsi.

Possedeva in sommo grado l'attitudine e l'amore per le ricerche scientifiche, e la padronanza della tecnica nell'esame di prodotti patologici a scopo diagnostico. Dotato di non comune cultura e preparazione scientifica, nonchè di spiccate attitudini alla ricerca sperimentale, attese ad importanti ed originali ricerche; fu autore di uno studio sullo shock consecutivo a lesioni traumatiche giungendo a conclusioni assolutamente originali che interessarono la classe medica. Allievo del prof. Luzzatto, del prof. Donati, del prof. Centanni, e di altri valorosi, fu da tutti stimato e tenuto in grandissima considerazione per le sue brillanti qualità di studioso e per la sua vastissima e non comune cultura.

Lascia moltissime pubblicazioni, molte delle quali riportate e tradotte anche all'estero. La morte ha immaturamente rapito alla scienza un uomo di talento raro, da tutti universalmente ammirato.

R.

Si è spento a 74 anni il prof. CELSO PELLIZZARI, direttore della Clinica dermosifilopatica di Firenze. Ne daremo prossimamente una breve biografia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Periodici di nostra edizione concessi agli associati al "Policlinico,, in abbonamento cumulativo pel 1926.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:

L. 25 per l'Italia o **L. 38** per l'Estero

potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1926 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità.

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE *e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al* **prezzo di favore** *di sole:*

L. 72 per l'Italia o **L. 90** per l'Estero

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, lezioni e conferenze *b)* rassegne, riviste e congressi; *c)* notizie bibliografiche. (Vedere Indice del 1925 a pagina 40).

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3,50

Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 25 — Estero L. 38

☞ N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1926 a "Cuore e Circolazione,, si concedono le intere annate 1920 - 1921 - 1922 - 1923, del periodico "Le malattie del cuore,, nonchè 1924 e 1925 di "Cuore e Circolazione,, per sole L.* 95 *se in Italia, e per sole L.* 125 *se all'Estero, in porto franco.*

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di BARI

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; *b)* recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; *c)* Varietà, notizie. (Vedere Indice del 1925 a pagina 41).

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3.50

Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 25 — Estero L. 38

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di PISA

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo, distinto in 3 parti; *a)* lavori originali, osservazioni e lezioni cliniche, contributi pratici; *b)* Riviste sintetiche, sunti, rassegne, quesiti; *c)* note storiche della medicina, varietà, cenni bibliografici, notizie, ecc. (Vedere Indice del 1925 a pagina 42).

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3.50

Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 25 — Estero L. 38

☞ N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1926 a "Il Valsalva,, si concede l'intera prima annata (1925) del periodico stesso, per sole L.* 20 *se in Italia e per sole L.* 30 *se all'Estero, in porto franco.*

Indirizzare Vaglia Postali e Assegni Bancari, sempre direttamente al Cav. Luigi Pozzi, Via Sistina, 14 — Roma

Ai già abbonati rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro alla nostra Amministrazione.

Raccomandiamo altresì di incollare sul talloncino del vaglia la fascetta con la quale hanno ricevuto finora il periodico.

CUORE E CIRCOLAZIONE

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

Elenco dei Lavori originali, pubblicati nei 12 fascicoli del 1925.

Riviste Sintetiche.

Riviste e Rassegne: I 12 fascicoli del 1925 ne contengono ben 130. Per difetto di spazio se ne omette l'elenco.

Notizie Bibliografiche.

ANNO XXXIII — Roma, 11 Gennaio 1926 — Fasc. 2

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE GENERALI.

ISTITUTO DI CLIN. MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. VITTORIO ASCOLI.

Le sindromi dei gangli della base.

RIVISTA SINTETICA

pel dott. REMO MONTELEONE, assistente.

L'osservazione clinica guidando nell'ultimo ventennio l'anatomia patologica e la fisiologia sperimentale, ed « ab imis » rinnovellando le precedenti cognizioni, ha fatto sì che l'intricata matassa della patologia dei movimenti automatici involontari, delle modificazioni del tono muscolare, ecc., venisse dipanata ed identificando sindromi e sintomi ponesse in vera, abbenchè non completa, luce l'importanza delle formazioni grige della base, del lentiformis, cioè, del caudatus, del thalamus.

Queste formazioni sono tra loro indipendenti, ovvero formano un tutto inscindibile? e, sia nell'uno che nell'altro caso, hanno fisionomia di organi autonomi, ovvero giacciono sotto le dipendenze degli altri, meglio conosciuti, sistemi encefalo spinali?

Gli elementi per rispondere a tali quesiti sono stati chiesti dal Déjerine, da Oscar e Cecilia Vogt, da Kinn. Wilson, da Mingazzini, dal Ramsay Hunt e molti altri, alla embriologia, allo studio degli esatti rapporti filogenetici, all'istologia, alla fisiopatologia, alla clinica, giungendo a stabilire che nei tre elementi: talamo ottico, nucleo lenticolare, nucleo caudato, tre entità anatomo funzionalmente vanno distinte, e precisamente:

1) il *Thalamus*;

2) il *Globus pallidus*, cioè il segmento medio ed interno del *lentiformis;*

3) lo *Striatum*, propriamente detto, cioè il segmento esterno del *lentiformis* e il *caudatus.*

Il lenticolare viene dunque scisso: quel che dapprima sembrò unico organo, in realtà deve essere ben separato nel significato dei suoi elementi e la formazione esterna nota col nome di putamen, va unita al caudatus e le altre due formazioni isolate vanno a costituire il globus pallidus. Gli argomenti, dicevo, ci sono offerti dall'embriologia, dall'anatomia comparata, dalla morfologia, dalla fisiopatologia. Putamen e caudatus originano da una unica massa grigia proveniente da una espansione del 4° ventricolo la quale col differenziarsi dei rapporti con la capsula interna si separa per formare le due masse definitive: secondo Déjerine il pallidum avrebbe origine dalla parte interna del cervello anteriore. Nella serie degli animali il pallidum già compare nei pesci mentre caudatus e putamen compaiono nei rettili: negli uccelli ambedue queste formazioni costituiscono l'*iperstriato*, distinto dal *mesostriato* o pallidus. L'istologia ci dice che diverse sono le cellule costituenti l'uno e l'altro: nello striatum (putamen più caudatus) in minima parte si hanno cellule del tipo 1° di Golgi, nella quasi totalità essendo del tipo 2°, formanti neuroni di associazione che si arrestano al Pallidum, costituito di cellule del tipo 1°; nello Striatum si hanno fibre proprie brevi del tipo associativo, nel Pallidum fibre lunghe tipo proiezione.

Fisiopatologicamente è stato notato un diverso comportamento della reazione del ferro nello Striatum rispetto al Pallidum, nel mentre nella glia del Pallidum si troverebbe grasso che non si riscontra nello Striatum. Il Durk ha anche constatato nella corea e nell'encefalite epidemica la comparsa di concrezioni quasi esclusivamente nel Pallidum, raramente nello Striatum (caudatus più putamen). È quindi indubbio che diversa individualità ha il Pallidum, diversa individualità ha lo Striatum. Del tutto indipendente è l'altro grosso ganglio, denominato talamo ottico, costeggiato all'esterno dalla capsula interna, e formato dai quattro nuclei: anteriore, interno, esterno, posteriore o pulvinar; il suo nucleo interno forma la parete del terzo ventricolo, mentre al disotto si trova la regione sotto ottica con il corpo di Louys, i due fasci di Forel, più posteriormente, il nucleo rosso, il locus niger, la via rubro talamica, il nastro di Reil.

È interessante l'esatta conoscenza dell'irrigazione sanguigna dei territori nervosi in discorso, in quanto nella maggior parte dei casi, le loro lesioni sono in dipendenza delle alterazioni vasali.

La irrorazione sanguigna è data:

pel nucleo caudato, testa, dalla cerebrale anteriore;

pel nucleo caudato, corpo, dalla cerebrale media;

pel *putamen*: dalla cerebrale media;

pel *thalamus*, cinque sono i peduncoli arteriosi;

1) pedunc. talamo tuberiano (deriv. della cerebrale poster. e comunic.);

2) pedunc. talamo perforato (deriv. della cerebrale poster.);

3) pedunc. talamo genicolato (deriv. della cerebrale poster.);

4) pedunc. talamo coroideo (deriv. della cerebrale poster. e coroidea ant.);

5) pedunc. supero esterno (deriv. della silviana).

Fisiopatologia dello Striato.

I rapporti dei nuclei dello Striatum tra loro, ed i rapporti che essi contraggono con le altre formazioni, allo stato attuale delle conoscenze, possono essere schematizzate come segue, distinguendo vie intrastriate, vie striofugali, vie striopetali.

Vie intrastriate: sono le vie associative costituite da un sistema di fibre che o nascono e si risolvono nello stesso segmento, o nei segmenti vicini; si distinguono:

vie intraputaminali;
vie intrapallidali;
vie intracaudate;
vie putamino pallidali;
vie caudato putaminali.

Vie striofugali: dal *Pallidum* partono:

fibre pallido-talamiche omolaterali;
fibre pallido-subtalamiche (nucleo rosso);
fibre omo- ed etero-laterali pel nucleo rosso;
fibre pel locus niger;
fibre pel nucleo della commissura posteriore;
fibre pel nucleo dell'area di Forel;
fibre pei nuclei di origine dei nervi mesencefalo-ponto-bulbari;
fibre dubbie per la corteccia.
fibre dubbie per la capsula interna.

Vie striopetali: dal Talamo ottico omolaterale si dipartono per giungere allo striato:

fibre pel *Pallidum;*
fibre pel *Caudatus;*
fibre pel *Putamen.*

dal Talamo ottico etero laterale:

fibre pel *Pallido.*

Discussioni infinite e ricerche numerose ha suscitato la questione delle connessioni dirette dello Striatum con la Cortex: secondo Wernicke, Déje-

rine, Meynert, Mingazzini, Monakow, C. e O. Vogt, Bianchi, esse esisterebbero e dalla zona rolandica si porterebbero al putamen. Astraendo da ciò, lo Striato, in definitiva non riceverebbe fibre direttamente da alcuna parte del sistema nervoso centrale: il sistema piramidale, la corteccia, il cervelletto, i nuclei ipotalamici, il nastro di Reil, ecc., sarebbero in connessione indiretta col lentiformis, mediatamente al talamo. Possiamo considerare quindi lo Striato in rapporto con la via sensitiva per mezzo del talamo ottico, con la via motoria seguendo la via lenticulo-rubro-spinale al midollo spinale, seguendo la via lenticulo-rubro-peduncolo cerebellare superiore, nucleo dentato al cervelletto. Tale via motrice extrapiramidale non contrarrebbe alcun rapporto diretto nè con la via sensitiva principale, nè con la via motrice principale: lo striato per tale ragione va considerato un organo autonomo.

Nello studio delle funzioni da attribuire ai singoli organi, poco ha potuto dare la fisiologia sperimentale: la situazione profonda dei gangli rende particolarmente difficile la produzione di lesioni circoscritte, senza interessare le regioni vicine. I tentativi che vanno ricordati, hanno portato a risultati così riassunti dal Prati:

Pungendo la testa del caudato, Nothnagel notò l'insorgere di impulsi irresistibili alla corsa. Baginskie-Lehmann distruggendo parte del caudato ottennero deficit motorio e sensitivo transitoriamente, controlaterali, ed ipertermia (colpendo la testa del caudato) Babinski, Sachs, Ott Richet, fenomeni emotivi di paura e di ira Pagano. Nessun fenomeno motore ottennero eccitando o distruggendo con l'elettrolisi il caudato Ziehen e Wilson: il Prus eccitando il corpo vide insorgere contrazioni toniche, cloniche se eccitava la testa del ganglio in questione.

Per quanto riguarda il lentiforme, distruggendo il putamen con la elettrolisi Wilson Kinnier non osservò nè paralisi nè movimenti involontari, nè modificazioni del tono muscolare: Bechterew eliminando prima con la degenerazione il fascio piramidale e poi eccitando il nucleo lenticolare ottenne contrazioni toniche e cloniche controlaterali come avrebbe ottenuto il Johansen nei cani dopo distruzione della zona motoria corticale, Nothnagel con soluzioni di acido osmico nella metà anteriore del lenticolare notò paralisi dei muscoli delle estremità: con lo stesso processo Carville e Duret ottennero emiplegia controlaterale.

Fenomeni motori o sensitivi controlaterali da molti altri autori (Luciani, Tamburini, Lomonaco, Sellier, Verger, ecc.) furono ottenuti ledendo corteccia e striato di un lato.

Gli esperimenti essendosi dunque dimostrati contraddittori, spettò all'anatomia patologica ed alla Clinica abbozzare lo schema delle funzioni dello Striato: tra i primi il Meynert e poi, con limitazioni Charcot, Nothnagel attribuirono allo Striato funzione motoria basandosi sui rapporti dal Meynert stesso affermati, cortico lenticolari e sulle paresi controlaterali concomitanti a distruzione del lenticolare: il Meynert concluse che dal lentiformis originano impulsi motori elementari che arrivano poi a fasci motori profondi. Ma la maggior parte degli AA.: Gowers, Oppenheim, Monakow, Brissaud, Déjerine attribuirono i disturbi della motilità nelle lesioni lenticolari alla compartecipazione della capsula interna adiacente. Ed Anton nel 1895 considera il lenticolare, in special modo il putamen quale organo di inibizione e di coordinazione motrice; mentre Renzi, Schiff, Lafforgue, Sgobbo più radicalmente negano allo striato qualsiasi funzione sensitiva o motoria. Kleist afferma che esso è un centro recettore per i movimenti automatici ed il Pallidum, il centro motore per gli stessi atti cosicchè le lesioni delle vie afferenti sopprimerebbero gli stimoli regolatori od inibitori (via cerebello-peduncolo-rubro-talamo-pallidale) onde ipercinesie (corea, atetosi); per le lesioni delle vie efferenti, venendo a mancare l'inibizione del Pallidum sul ruber (via pallido-ipotalamica-rubrica), si avrebbe ipertonia muscolare e povertà di movimenti. Dai recenti e geniali studi di Cecilia ed Oscar Vogt, come da quelli di Kinnier Wilson, i principali artefici dell'architettura fisiopatologica dello Striato, risulterebbe che il corpo striato esercita azione regolatrice ed inibitrice sul sistema motore, soppressa la quale si avrebbero sintomi motori cioè spasmi, ipertonia, tremori. Pel Malone il Pallidum avrebbe funzione motoria-elettiva, lo Striato funzione sensitiva-recettiva, ed anche Ramsay Hunt ammette che le lesioni del Pallidum danno luogo a rigidità muscolare, tremore, disturbi dei movimenti automatici ed associati, lesioni dello Striato a movimenti involontari coreo atetosici, cioè al Pallidum spetterebbe una funzione motoria, allo Striato funzione coordinatrice ed inibitrice. Per Mingazzini lo Striato avrebbe funzione motoria supplementare a quella principale cortico piramidale.

Concludendo: il Corpo striato, organo autonomo, sarebbe in rapporto con la via motrice piramidale o con la via sensitiva solo indirettamente a mezzo del talamo e dell'ipotalamo: esso sarebbe il centro di un sistema motore extrapiramidale che presiede alla statica del corpo regolandone il tono muscolare. La funzione del corpo striato sarebbe dunque prevalentemente motoria:

la sua lesione porterebbe a disturbi motori come abolizione dei movimenti automatici ed associati, ipertonia muscolare, comparsa di movimenti involontari: tremori, corea, atetosi; disartria, pianto e riso spastico: esso sarebbe *centro dei movimenti associati, centro del riposo muscolare, centro del tono muscolare, centro secondario del linguaggio*, ed, aggiungi, avrebbe funzioni sensitive, trofiche, cenestesiche, vasomotorie.

Talamo ottico.

La fisiologia sperimentale e la fisiopatologia del talamo, si fonde, per così dire con quella dello striato e con gli studi recenti sulla patogenesi dei movimenti coreici ed atetosici.

Da Betcherew, Nothnagel, Brissaud, Probst, Prus si suppose che nel talamo ottico risiedesse il centro per i movimenti involontari, cioè per i riflessi psichici che non stanno in diretta dipendenza della volontà, la cui irritazione, diretta o riflessa, doveva per necessità determinare l'emicorea o l'emiatetosi. Per altri il talamo doveva possedere dei fasci inibitori dell'attività corticale, la cui interruzione porterebbe a manifestazioni anormali: Anton ammise che esistesse un antagonismo fra il talamo ottico ed il lenticolare: dal talamo ottico originerebbero i movimenti automatici che subirebbero l'inibizione del lenticolare. Murri, date le relazioni fra talamo ottico e zona rolandica, ammette che le lesioni del talamo portino mutamenti di eccitabilità e processi degenerativi nella corteccia, capaci di dar origine al disordine motore. Lo Monaco, distruggendo il talamo nei cani, ha notato che l'ablazione uni- o bilaterale del pulvinar produce cecità permanente in uno od in ambedue gli occhi, ageusia per l'amaro, iposmia, diminuzione del senso tattile e della forza muscolare nel lato opposto; nell'ablazione parziale, ambliopia controlaterale, emiparesi ipoafia, ipoalgia transitoria. È certo che nelle lesioni talamiche si possono notare emianestesie, emianopsie, manifestazioni irritative motorie (emiatetosi, corea, scosse cloniche; disturbi della sensibilità tattile e del senso muscolare, atrofie muscolari, e, specialmente, paralisi mimica della faccia (Mingazzini), riso e pianto spastico: di tutta questa sintomatologia è probabile che i disturbi sensitivi siano da riferirsi a lesioni del fascio sensitivo, del nucleo sensitivo postero-infero-esterno, del centro mediano del Louis; dei disturbi motori, a parte l'emiplegia poco marcata, fenomeno sovrapposto per lesioni della capsula interna, alcuni sono da attribuirsi al talamo, altri al nucleo rosso, ecc.

Saremmo però incompleti se tacessimo le recenti belle ricerche sulle relazioni fra talamo, parte del cervello medio, ed il sistema nervoso vegetativo. Per esse ricerche risulterebbe l'esistenza nel cervello medio di centri superiori ordinatori, dirigenti tutto il complesso delle funzioni dell'organismo: essi manterrebbero così la vita; il cordone simpatico laterale non sarebbe altro che un nervo periferico del sistema nervoso vegetativo con gruppi di cellule aventi significato di stazioni di passaggio. Resterebbe confermato che il talamo ottico non è soltanto la regione donde partono gli stimoli sensitivi ai centri vegetativi ed agli organi da questi dipendenti, ma una regione ove le sensazioni di dolore, di caldo, di freddo, ecc., attraverso il pallidus agiscono sulla mimica: se ad uno stimolo doloroso il viso si contrae, questa reazione della muscolatura innervata dal VII si deve attribuire al passaggio dello stimolo dal Talamo attraverso il Pallidus; e così anche per la dilatazione pupillare e la secrezione lacrimale nel dolore, il riso infrenabile pel solletico, sono reazioni tutte che dimostrano il passaggio dell'eccitamento dal Talamo ai centri vegetativi vicini. Tròinner e Pette emisero l'ipotesi che nel talamo ci fosse un centro del sonno; Mauthner nel 1890 poneva questo centro nella sostanza grigia centrale del pavimento del 3° ventricolo; le osservazioni eseguite nell'epidemia di encefalite letargica, confermarono questa ipotesi (Josephy, Hirsch, Lubasch, Adler, ecc).

Tutti i centri vegetativi, cioè il centro del calorico, del ricambio acqueo, delle funzioni sessuali, della muscolatura liscia degli occhi e dei vasi, dell'innervazione delle glandole, del piacere e del dispiacere, del cervello medio lavorerebbero per stimoli sensitivi e sensoriali che giungono al talamo e di qui si irradiano alla sostanza grigia centrale: attraverso le vie cortico-talamiche stimoli corticali sulla base di ricordi o fenomeni di associazione, giungono al talamo e di lì per mezzo dei centri vegetativi vicini possono agire sugli organi interni ed attraverso il pallidus esplicarsi con fenomeni mimici.

Si comprende così come le lesioni del talamo vanno quasi senza eccezione di pari passo con disturbi vegetativi e trofici.

***

Senza ulteriormente addentrarci nei minuti particolari della fisiopatologia cerchiamo di sintetizzare in brevi linee i quadri clinici finora identificati a carico dei gangli della base: di certo una classificazione delle sindromi dipendenti da lesione degli organi in questione, non può seguire che un artificioso criterio didattico: non il criterio etiologico, l'etiologia essendo presso che scono-

sciuta, non il criterio fisiologico avendo visto l'incompletezza delle nozioni attuali, non il criterio anatomo-patologico in quanto abbiamo notato la stretta colleganza e di cause e di effetti esistenti fra i vari gangli, onde una lesione facilmente varca i confini di un ganglio invadendo gli elementi prossimiori: pur tuttavia al criterio anatomico per una approssimativa e provvisoria classificazione gli AA. si sono rivolti, seguendo lo schema seguente:

Sindromi del « corpo striato » (striatum e pallidum).

1) Degenerazione lenticolare progressiva, malattia di K. Wilson.

2) Pseudo sclerosi cerebrale di Westphal-Strümpell.

3) Distonia muscolare deformante di Oppenheim: spasmo di torsione progressivo infantile di Flatau e Sterling.

4) Sindromi pseudobulbari senile e presenile di origine striata.

5) Parkinsonismo senile.

6) Parkinsonismo postinfettivo: lues, infezioni varie, encefalite epidemica.

7) Paralisi agitante con o senza agitazione, con o senza rigidità.

Sindromi dello « Striatum » propriamente detto (putamen più caudato).

Acute: corea del Sydenham; sindrome putaminale del Mingazzini; parestesia pseudomelica.

Croniche: corea di Huntington; rigidità generale progressiva con atetosi. Status dismielinicus (sindrome di C. e O. Vogt); rigidità generale regressiva, congenita o semplice: varietà del morbo di Little; sindrome di C. Vogt.

Sindrome pallidale.

Sindromi parkinsoniane.

Sindromi talamiche.

Sindrome talamica classica o del peduncolo talamo genicolato dalla cerebrale posteriore; sindrome rubrotalamica o del peduncolo talamo perforato della cerebrale posteriore; sindromi miste.

Sindrome del crocicchio ipotalamico.

***

Degenerazione lenticolare progressiva o malattia di Wilson.

Dalla descrizione della degenerazione lenticolare progressiva, fatta dal K. Wilson nel « Brain » del 1912, si iniziano i felici studi sui nuclei striati che portarono alla revisione totale del concetto di malattie quali il morbo di Parkinson, la corea, ecc. In verità alcuni Autori non ritengono doversi fare della malattia di Wilson una malattia speciale: Hall, De Lisi, Thomalla, ecc., ritengono di poter identificare la degenerazione lenticolare di Wilson con la pseudo sclerosi di Westphal Strümpell, con lo spasmo di torsione di Ziehens in una unica sindrome con sottovarietà, tipo Wilson, tipo Strümpell, ecc., distinte per speciali sintomi; ma la maggioranza degli AA. non condividendo quest'avviso, ritengono doversi considerare la sindrome di Wilson malattia a sè.

Secondo la descrizione del Wilson, completata dalle particolarità rilevate nei successivi casi, si tratta di una malattia, spesso familiare, non ereditaria, del sistema nervoso centrale che colpisce in prevalenza gli uomini: predomina fra i 10 e 20 anni, ma furono descritti casi in età minore dei dieci e maggiore dei venti. Il decorso è progressivo, dai sei mesi ai sei sette anni, e termina con la morte.

Clinicamente si notano:

1) Tremore ritmico, regolare, con 4-8 oscillazioni al secondo, tremore di movimento ma involontario; assente nel completo rilasciamento dei muscoli e nel sonno; dapprima leggero, poi più vivace e diffuso, è bilaterale, marcato ai segmenti distali degli arti, talora ai muscoli del tronco e del collo.

2) Ipertonia dei muscoli volontari, in genere susseguente al tremore, più accentuata nel segmento prossimale degli arti finisce con l'immobilizzare tutto l'individuo, l'incesso diviene incerto e trepidante. L'ipertonia, extrapiramidale, si differenzia completamente da quella piramidale, cioè non presenta mai una grande esagerazione dei riflessi tendinei, sono presenti i riflessi addominali e plantari, manca il Babinski: nell'eseguire il movimento è caratteristico in un primo tempo un maggior irrigidimento per l'intervento degli antagonisti ed in un secondo tempo quello della completa libertà (spasmo-liberazione) perchè la piramide è integra. Oltre ciò sono sintomi: la rigidità di fissazione, cioè la fissazione spastica di un segmento del corpo in posizione talora illogica, senza contrattura vera e propria (Strümpell), e la differenza quantitativa fra forza dinamica e statica della muscolatura (Soëderberg).

3) Facies-maschera figée caratteristica.

4) Assenza di paralisi, di nistagmo, di disturbi pupillari, di disturbi della sensibilità, trofici, del Babinski.

5) Precoce disartria che può giungere alla anartria: frequenti crisi epilettiformi, talora crisi apoplettiformi.

6) Disfagia tardiva con salivazione.

7) Maggiore eccitabilità e reflettività emotiva: crisi di riso e di pianto spastico; lieve stato demenziale ad andamento progressivo.

8) Talora disturbi vasomotori, dermografismo, cianosi, iperidrosi.

Anatomo-patologicamente: lesioni bilaterali nel lenticolare specie nel putamen, sotto forma di rammollimento progressivo fino alla scomparsa del tessuto nervoso ed alla formazione di una o più cavità cistiche; non alterazioni di natura infiammatoria. La lesione consiste nella degenerazione degli elementi essenziali e nella loro sostituzione con nevroglia che in seguito anche scompare.

Pseudo sclerosi cerebrale (malattia di Westphal-Strümpell).

Descritta per la prima volta dal Westphal nel 1883: i casi descritti ammontano a poche decine. È malattia per lo più familiare; colpisce i giovani ed i maschi in misura minore della malattia di Wilson, però di questa è meno precoce e più tardiva; l'andamento è progressivo; il decorso lungo, talora dai venti ai trenta anni.

Clinicamente si nota:

1) Tremore che aumenta di intensità nei movimenti volontari e può sorgere nel completo riposo; talora localizzato alle articolazioni prossimali, talora diffuso, a grandi oscillazioni, mentre nella malattia di Wilson è a piccole oscillazioni e colpisce i segmenti distali.

2) Ipertonia, meno evidente che nella malattia di Wilson; ad essa succede talora lo spasmo; i riflessi sono normali. L'espressione mimica è assai meno spastica che nella malattia di Wilson; l'andatura è meno compromessa che nella malattia di Wilson.

3) Disturbi della parola con rallentamento e scandimento della parola, e della deglutizione, di non grave intensità; salivazione.

4) Non segni piramidali, non disturbi della sensibilità, rare le contratture.

5) Pigmentazione bruno-verdastra della cornea e di certe regioni della pelle.

6) Sempre disturbi psichici assai marcati e precoci, a tipo demenziali.

7) Accessi epilettiformi e apoplettiformi.

Anatomo-patologicamente: maggior consistenza del tessuto nervoso centrale di un colorito giallastro diffuso; distruzione delle cellule nervose con proliferazione della nevroglia. Tali lesioni sono assai più intense nei gangli della base, sono diffuse a quasi tutto il cervello, al ponte, al nucleo dentato. Assenza di lesioni infiammatorie. Esiste cirrosi del fegato a grosse nodosità; talora tumore di milza. Per Spielmeyer e Hall, il processo citopatologico è identico nelle due malattie finora descritte: esse differenzierebbero solo per la quantità e la gravità delle lesioni.

Distonia muscolare deformante di Oppenheim. (Neurosi tonica di torsione di Ziehen; spasmo di torsione progressivo infantile di Flatau e Sterling).

Affezione prevalentemente dell'infanzia: colpisce gli Israeliti della Polonia e della Galizia; fu constatata comparire anche in seguito a traumi, a febbre tifoidea, a pertosse, ad encefalite epidemica.

Il sintoma principale di questa rara forma morbosa è la torsione del tronco e la sua rotazione sulla colonna vertebrale, dovuta a crisi di contrazione tonica che colpiscono anche gli arti: spesso ne risulta una spiccata lordosi. Mancano i disturbi della parola, mancano le paralisi, non si hanno alterazioni dei riflessi, nè della sensibilità. Differisce dalla degenerazione lenticolare e dalla pseudosclerosi per la quasi costanza dell'assenza del tremore, e per la presenza di movimenti involontari, coreiformi ed atetosici.

Anatomo-patologicamente vennero riscontrate le lesioni caratteristiche della degenerazione putaminale progressiva, bilaterale, con cirrosi epatica: Wimmer nel suo caso riscontrò inoltre lesioni diffuse dell'encefalo.

Sindrome pseudo bulbare senile e presenile di origine striata.

Il complesso pseudo bulbare che si constata nei vecchi, può presentarsi sotto tre differenti aspetti:

1) come paralisi pseudo bulbare « cortico bulbare »;

2) come paralisi pseudo bulbare « cortico pontina »;

3) come paralisi pseudo bulbare « striata ».

Nel terzo tipo, che a noi interessa, clinicamente si ha un aspetto del malato caratteristico, con maschera fissa, stereotipa, alla quale fu dato il nome di facies pseudobulbare, con espressione di stupore o di tristezza, con bocca semiaperta, con lingua quasi immobile. Fanno parte del quadro: la disartria o l'anartria, l'afonia, la disfagia, crisi di pianto e riso spastico. Paresi specie degli arti inferiori, andatura a piccoli passi, perdita dei movimenti spontanei, scomparsa dei movimenti associati, ipertonia con rallentamento dei movimenti volontari, tremori, talora movimenti coreici od atetosici.

Anatomo-patologicamente: riduzione di volume dello striato per distruzione di cellule e fibre, con scarsa reazione della nevroglia, con esito in formazione di cavità. Differiscono tali lesioni da

quelle del morbo di Wilson, perchè in esse la distruzione degli elementi nervosi è determinata da grossolane alterazioni vascolari, arterie, vene, capillari che non vengono nella malattia di Wilson compromesse.

Parkinsonismo senile. Parkinsonismo postinfettivo (lues, infezioni varie, encefalite epidemica).

L'esempio classico ci è fornito dall'encefalite epidemica: l'encefalite domina fra le infezioni cui può seguire un Parkinsonismo, ed esso ci servirà di prototipo.

La comparsa dopo l'encefalite può essere precoce, fino a sei settimane dopo l'infezione, o tardiva; l'andamento è progressivo. Di tale sindrome amiostatica fanno parte i sintomi seguenti:

1) Facies tipica, amimica, indifferente, apatica.

2) Rigidità muscolare generalizzata a tipo extrapiramidale, con andatura a piccoli passi, strisciante, con propulsione, con dissociazione fra la mobilità intenzionale e quella sintomatica.

3) Non tremore, non paresi, talora accentuazione dei riflessi tendinei.

4) Acinesi, cioè povertà di movimenti, perdita della spontaneità dei movimenti, lunghezza dei movimenti volontari che riescono anche grossolani, ineleganti, con perdita dei movimenti associati (per es., le mani pendono inerti nel camminare).

5) A carico della parola, monotonia, mancanza di timbro; anche la parola può mostrare una certa propulsione.

6) Non alterazioni della sensibilità: spesso dolori a tipo gravativo od urente che colpiscono certi territori.

7) Disturbi vasomotori: possono aversi, un certo aspetto grasso, untuoso del viso, una certa iperidrosi, scialorrea, tachicardia, poliuria, ecc., sintomi di eccitazione simpatica.

8) Inversione del ritmo del sonno; non disturbi psichici.

La differenziazione dal Parkinson si fa considerando:

1) L'inizio subdolo in questo, subacuto nell'altro.

2) Il tremore che in questo precede, non accompagna mai la rigidità, ed è caratteristico, a tipo mono- od emi- all'inizio. Nel morbo di Parkinson il tremore si attenua all'inizio del movimento, l'inverso si ha nel Parkinson da encefalite epidemica; nel morbo di Parkinson il tremore si ha nelle parti distali, lento; nel Parkinsonismo è globale, aritmico. Nel Parkinsonismo encefalitico si hanno frequentemente manifestazioni patologiche del simpatico che viceversa mancano nel Parkinson nel quale mancano pure scosse mioclonìche, disturbi respiratori, disturbi della masticazione. Anche nella psiche si notano evidenti differenze (Prati): abulia, depressione del tono sentimentale, apatia, bradifrenia, si hanno solo nel Parkinson da encefalite epidemica.

Anatomo-patologicamente furono trovate da Foix, Tretiakoff, Brémer, Meggendorfer, Grage, D'Antona e Vegni, ecc., lesioni nel locus niger, nel lentiformis, nel thalamus, nella calotta pontina, nei tubercoli quadrigemini: Francaus e Lhermitte trovarono tra le altre lesioni nel pallidus, nel caudatus e nel putamen; Gamna ed Omodei lesioni nella substantia nigra dei peduncoli, nel nucleo del Louys, nel pallidus, caudatus, putamen, scarse lesioni nei nuclei bulbo-mesencefalici.

Il diverso reperto anatomo-patologico ha fatto diversamente opinare gli AA. intorno alla genesi della sindrome parkinsoniana: da un lato Lhermitte e Cornil attribuiscono il massimo valore alle lesioni del sistema pallidale, dall'altro campo importanza maggiore viene data alla lesione della substantia nigra.

Paralisi agitante - Morbo di Parkinson.

Nel morbo di Parkinson, dominano in riassunto breve i sintomi seguenti:

1) Facies parkinsoniana, con fissità dello sguardo, con soppressione dell'ammiccamento.

2) Rigidità extrapiramidale, con assenza di paralisi, di alterazioni dei riflessi, generalmente circoscritta in principio ad un segmento, più tardi diffusa.

3) Tremore, che per lo più segna l'inizio dell'affezione, localizzato ad un segmento del corpo, ovvero esteso a gran parte della muscolatura volontaria. In genere da esso vengono colpiti i segmenti distali. Caratteristica è la circumduzione del pollice.

Talora manca il tremore e parliamo di paralisi agitante, o di morbo di Parkinson « sine agitatione ».

4) Acinesi ed incoordinazione dei movimenti; antero, retropulsione; riso e pianto spastico.

Anatomo-patologicamente non si può, allo stato attuale delle ricerche, concludere per determinate lesioni a substrato della sindrome. Furono trovate alterazioni nel corpo striato, ma anche nel locus niger, nel thalamus, nell'ipotalamo, nel peduncolo cerebellare superiore, nel nucleo dentato, nel ponte, nella corteccia, ecc.

Il quadro sintomatico del morbo di Parkinson pel Negro e pel Prati, è a ritenersi esponente oltre che di lesioni prevalenti nel Pallidum e nel locus niger, anche di alterazioni in altri centri mesoencefalici.

Furono anche descritti casi di paralisi agitante

giovanile, in individui dai 18 ai 25 anni, per lo più forme ereditarie o familiari, nelle quali il tremore assumerebbe le caratteristiche di quello della sclerosi multipla. Il suo decorso sarebbe anche più rapido di quello della paralisi agitante dei vecchi.

Sindromi dello Striatum (putamen più caudato).

Acute. — *a*) Corea di Sydenham o chorea minor, o corea volgare; è la forma di corea più comune. Colpisce in genere bambini od adolescenti fra i 5 ed i 15 anni, a preferenza donne, senza alcuna causa apparente, il più spesso dopo un'emozione.

L'inizio subdolo è preceduto da mutamenti del carattere cui segue l'esplosione di movimenti coreici più o meno diffusi, più o meno intensi. Coesiste spesso ipotonia, quell'ipotonia che in genere non si riscontra nelle malattie dello striato. La durata varia dai due ai tre mesi; vi è tendenza alle recidive. La prognosi in genere è favorevole.

La natura tossinfettiva è stata di recente conosciuta. I reperti anatomo-patologici di Babonneix e Meéry, Del Court, Sand, Milian, Pierre Marie, Tretiakoff concordano nel tipo delle lesioni e nella loro localizzazione: natura infiammatoria, focolai di rammollimento emorragico in prevalenza nella corteccia e nella sostanza bianca, focolai perivascolari di origine leucocitaria e nevroglica nei gangli della base, disfacimento pulverulento delle neurofibrille.

Le lesioni sono lievi nella corteccia e nel midollo e nel pallidum: sono assai più intense nello striato.

b) Sindrome putaminale del Mingazzini: sindrome differenziata dal Mingazzini e dalla sua scuola per lesione essenzialmente putaminale.

Costituiscono il quadro clinico: un'emiparesi leggermente spastica con parestesie o dolori negli arti paretici: è interessata anche la branca inferiore del VII. Frequentemente disturbi del linguaggio (disartria, impuntamenti, ecc.), senza i caratteri dell'afasia motoria tipo Broca se è colpito il putamen sinistro. Talvolta riso e pianto spastico, diminuzione della sensibilità tattile, termica e dolorifica nella metà opposta della lesione. Esagerazione frequente dei riflessi tendinei negli arti paretici con assenza di Babinski, mentre sono diminuiti i cremasterici e gli addominali. Spesso disturbi trofici.

Anatomo-patologicamente si riscontra: emorragia a carico dell'arteria lenticulo striata (cerebrale media) con conseguente rammollimento e focolai distruttivi in prevalenza del putamen.

c) Pseudomelia parestesica: più esattamente il Mingazzini la denominò parestesia pseudomelica.

Consiste in un profondo disturbo della cenestesi — perversione secondo Biancone, abolizione secondo Levandowsky — per cui il malato ha la sensazione di una falsa posizione degli arti paralizzati, od un senso di pesantezza, o di movimento, o di incurvamento dell'arto paretico.

Anatomo-patologicamente per lo più si sono riscontrate lesioni a focolaio nel putamen.

Croniche. — *a*) Corea di Hutington: malattia, secondo Lhermitte, costituzionale ed ereditaria. Clinicamente si notano movimenti coreici e disturbi psichici a tipo demenziale, ipotonia, adiadococinesi, secondo Lhermitte e Lamaze, pseudoadiadococinesi, secondo Vogt.

Abbenchè in questa sindrome prevalgano lesioni a carico dello striato, bilateralmente, lesioni sono state notate anche nella regione corticale. Le alterazioni si dipartono dalle cellule nervose: si ha atrofia di cellule e fibre della regione rolandica e del putamen e caudato, con reazione moderata della glia e dei vasi. Non si nota degenerazione secondaria delle diramazioni.

b) Rigidità semplice, congenita e regressiva (varietà del morbo di Little, sindrome di C. Vogt per « status marmoratus » dello striatum).

Affezione probabilmente ereditaria, familiare, per predisposizione embrionale dello striato. Consiste in una diplegia cerebrale infantile senza lesione delle piramidi.

La malattia si inizia nella prima infanzia, ma regredisce: clinicamente si nota una ipertonia bilaterale dei muscoli volontari di tutti e quattro gli arti, a prevalenza degli inferiori, con movimenti a tipo atetosico bilaterale, riso e pianto spastico, disturbi dell'articolazione della parola, della deglutizione. Talora fatti coreici. Nessun segno di natura paralitica, o di lesioni della sensibilità o di lesioni cerebellari. Psichicamente esiste una certa deficienza psichica. I sintomi si aggravano nell'attenzione e nell'emozione, nonchè nei movimenti volontari.

Anatomo-patologicamente caratteristico « état marbré » o status marmoratus del neostriato, cioè: riduzione volumetrica dello striato per distruzione delle cellule, con sostituzione di placche fibro-mieliniche che danno allo striato uno speciale aspetto marmorizzato; non lesioni cerebellari.

c) Rigidità generale progressiva con atetosi.

Affezione rara, progressiva, congenita, con atetosi terminale. L'inizio avviene nella fanciullezza con progressiva rigidità dei muscoli volontari; lo spasmo si accentua nei movimenti volontari e nelle emozioni scomparendo nel sonno. Disturbi

della parola e della deglutizione, disturbi gravi della deambulazione. Esagerazione notevole dei riflessi muscolari; non Babinski, nè paresi, nè paralisi. Movimenti atetosici diffusi a tutta la muscolatura del corpo ma che sono terminali.

Anatomo-patologicamente lesioni bilaterali e simmetriche per intensità specialmente nel pallidus (atrofia), come nel talamo e nel nucleo del Luys. Microscopicamente forte distruzione delle fibre mieliniche — donde il nome di « status dismielisatus » del Vogt — specie delle fibre striopallidali, pallido talamiche e pallido luysiane.

Sindrome pallidale.

Ramsay Hunt, considerando della stessa natura le grandi cellule preponderanti nel pallidus ed esistenti, sebbene scarse, nel caudatus e nel putamen, afferma l'esistenza di un « sistema pallidale », sistema motore ben distinto che attraverso l'ansa lenticolare si continuerebbe nell'ipotalamo, nel nucleo rosso, mettendosi a contatto col fascio del Monakow.

Si avrebbero quindi nel corpo striato due sistemi: quello del globus pallidus o sistema pallidale, e quello del putamen più caudato, o sistema neostriato, rappresentato dalle cellule tipo piccolo di Golgi: alla lesione del sistema pallidale corrisponderebbe, secondo Hunt, l'affezione familiare spesso ereditaria, con quadro simile al quadro della paralisi agitante giovanile. Essa sarebbe dovuta alla degenerazione, alla abiotrofia del sistema pallidale.

Lhermitte e Cornil vi comprendono anche certe forme di paralisi agitante dell'adulto: C. e O. Vogt negano l'esistenza di un tale sistema, che non trova neanche appoggio nell'istologia, nell'embriologia, nella morfologia degli elementi stessi.

Sindromi talamiche.

La sindrome talamica classica, è prodotta da una lesione molto circonscritta del talamo, all'incirca da una lesione interessante un quarto del talamo. Essa fu descritta dal Déjerine e completata dai suoi allievi Egger, Thomas e Chiray, Long, Roussy.

Clinicamente si nota:

1) Una emianestesia più o meno marcata per le sensibilità superficiali (tatto, dolore, temperatura), ma sempre molto pronunziata per le sensibilità profonde, con reazione esagerata alle eccitazioni dolorose e termiche in modo sproporzionato all'intensità dell'eccitazione. Esiste spesso una completa astereognosia.

2) Una emiplegia leggera, abitualmente senza contrattura, a rapida regressione, ordinariamente senza segno di Babinski.

3) Un certo grado di atassia a tipo emi, e movimenti coreo atetosici negli arti anestesici.

4) Dolori spesso vivi nel lato anestesico, dolori persistenti, a tipo centrale, profondi, lancinanti, parossistici, ribelli ad ogni medicazione analgesica.

Tutti questi elementi non sono sempre presenti al completo: talora mancano i dolori spontanei, tal'altra variano i disturbi della sensibilità, l'atassia sembra essere incostante.

Per Roussy e Cornil, i movimenti coreo-atetosici starebbero in rapporto con lesioni associate dello striato; i fatti di deficit motorio sono dovuti a lesione della vicina capsula piramidale. I dolori spontanei sembrano costituire l'elemento più caratteristico della sindrome: essi furono visti costituire da soli la sindrome stessa, ma all'opposto William Spiller, T. H. Weisenburg e S. S. Stack hanno constatato sindromi emialgiche pure, senza lesioni del talamo.

Le cognizioni intorno a questa sindrome non sono dunque chiare: Foix ed Hillemand sostengono che nelle lesioni talamiche, la distribuzione vascolare domina la sintomatologia; la sindrome tipica sarebbe dovuta alla lesione del peduncolo talamo genicolato.

Come sindrome del peduncolo talamo perforato, Foix ed Hillemand, isolano un complesso sintomatico rubro talamico. A detta degli stessi AA., i fatti anatomo-clinici sono rari e nello schema che essi tracciano è lasciato ampio adito alle ipotesi. Per non dilungarci, noi ricorderemo che in questa sindrome dovrebbero dominare i segni di lesione cerebellare.

In una lesione estesa, interessati i due peduncoli arteriosi, le due sindromi precedenti si associerebbero a formare le « sindromi miste » talamiche.

Sindrome del crocicchio ipotalamico.

Col nome di crocicchio ipotalamico (carrefour hypothalamique), Guillain e Alajouanine designano la regione sotto ottica, particolarmente la parte sottostante (parte inferiore e posteriore) al talamo. Dallo studio di alcuni casi, questi AA. credono opportuno isolare la sindrome talamica con disturbi cerebellari, da riportare ad una lesione della regione anzidetta, quale sindrome del crocicchio ipotalamico. La sindrome sarebbe costituita da cinque ordini di sintomi unilaterali:

1) Segni motori: emiplegia discreta, il più spesso senza Babinski, senza grossolane modificazioni dei riflessi, emiplegia attenuantesi rapidamente, che ricorda più una compressione delle vie piramidali che una lesione distruttiva propriamente detta.

2) Movimenti involontari a tipo coreo-atetosici, con posizione speciale della mano (mano pendula, oppure mano da predicatore). La speciale posizione della mano si esagera nel cammino e nelle emozioni.

3) Disturbi sensitivi: emianestesia spesso con predominanza sulla sensibilità profonda, specie sulla stereognosi, senza disturbi subiettivi, senza dolori spontanei.

4) Disturbi cerebellari a carico della sinergia e del tono, senza, o quasi senza, disturbi della statica, disturbi cerebellari unilaterali, predominanti agli arti superiori, con ipermetria, dismetria, tremore intenzionale, adiadococinesi. Come per le lesioni del genere, di natura cerebellare, i sintomi non si aggravano con la chiusura degli occhi.

5) Disturbi sensoriali: emianopsia laterale omonima totale o parziale a quadrante.

Emiplegia, disturbi sensitivi, emianopsia, regrediscono spesso, al contrario dei fenomeni cerebellari (emianopsia) che non sembrano modificarsi.

Anatomo-patologicamente la lesione interessa una zona d'irrigazione dell'arteria cerebrale posteriore.

LETTERATURA.

Ad evitare riproduzioni di lunghi elenchi bibliografici, riporto in calce le indicazioni di alcuni lavori nei quali lo studioso potrà attingere abbondantemente nei riguardi delle ricerche, dei casi clinici, dell'anatomia patologica, ecc., delle quali è ricca la letteratura medica degli ultimissimi anni.

PRATI LIVIO. *Sindromi acute e croniche del corpo striato.* Torino, 1923, Lampografico.

FOIX e HILLEMAND. *Les syndromes de la région thalamique.* La Presse médicale, n. 8, 1925.

GUILLAIN e ALAJOUANINE. *Le syndrome du carrefour hypothalamique.* La Presse médic., n. 102, 1924.

ENRIQUES EUGENIO. *Le sindromi del corpo striato.* Rivista di Clinica Medica, 1925, n. 2.

NEGRO F. *Fisiopatologia dei nuclei della base.* La Riforma Medica, n. 5, 1925.

MINGAZZINI G. *Anatomia clinica dei centri nervosi.* Unione Tipogr.-Editr. Torinese.

L. R. MÜLLER e R. GREVING. *Ueber den Aufbau und die Leistungen des Zwischenhvins.* Medizinische Klinik, nn. 16-17, 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI BELLUNO.
Primario Chirurgo: PROF. G. PIERI.

Sulle infezioni suppurative del rene.

Dott. RUGGERO BROGLIO, assistente.

L'osservazione di ascesso idiopatico del rene, che per cortese consenso del mio primario mi sono proposto d'illustrare, mi offre materia per ritornare sull'argomento delle infezioni suppurative renali, le quali, a mio avviso, non sempre sono di facile diagnosi e spesso si prestano ad erronee interpretazioni.

Nel caso mio particolare mi è parso di poter individuare un elemento importante per stabilire una diagnosi differenziale fra ascesso renale e nefrite suppurativa o nefropielite, come vuole il prof. Taddei (1), o di nefrite apostematosa, come ritengo si debba denominare quella speciale forma morbosa in cui il rene si presenta disseminato di ascessi miliari più o meno numerosi.

È su di tale questione che mi fermerò più oltre, con speciale riguardo alla classificazione, patogenesi e terapia, per fornire una più precisa spiegazione sul concetto da me inteso nella nota sulle nefriti apostematose, recentemente comparsa nell'*Archivio Italiano di Chirurgia* (vol. X, fascicolo 6, 1924).

Riferisco dalla cartella clinica la storia del caso di ascesso renale da me studiato.

B. L., anni 6 1/2, scolaro.

Entra in Ospedale il 28 dicembre 1924.

Ereditarietà negativa, paralisi infantile tre anni fa, polmonite a due anni. Da venti giorni accusa dolori al fianco destro, accompagnati da febbre preceduta da brividi. Il dolore sembra fisso, la minzione si mantiene regolare e normale, solo l'orina sembra sia stata torbida nei giorni scorsi. Funzioni intestinali normali.

È un bambino ben sviluppato per la sua età, piuttosto gracile; condizioni di nutrizione mediocri. Nulla all'esame del cuore e dei polmoni. Addome un po' svasato, piccola ernia ombelicale. Fegato e milza nei confini normali. Nulla all'esame dei visceri addominali. La palpazione combinata dello spazio costo-iliaco destro suscita dolore piuttosto vivo e permette di palpare il rene vivamente dolente. L'orina emessa appare limpida.

Poichè il dolore è molto diminuito e la febbre scomparsa, si manda a casa il bambino dopo tre giorni di degenza.

Il 18 gennaio 1925 il bambino rientra in Ospedale perchè appena tornato a casa si è riaccesa febbre ed è ricomparso il dolore al fianco.

(1) TADDEI: *Le nefropieliti acute e subacute.* Policlinico (sez. pratica), XXXII, n. 27 (6 luglio 1925).

Si sente nella regione lombare destra, con la palpazione combinata, una tumefazione a limiti abbastanza netti della forma e della grandezza di un limone, abbastanza dolente alla palpazione, che sembra corrispondere al rene. Si provoca anche vivo dolore premendo sulla dodicesima costola a circa tre centimetri dalla linea mediana.

L'esame dell'orina dava:

Colore, giallo-chiare.
Trasparenza, limpida.
Reazione, acida.
Peso specifico, 1010.
Albumina, assente.
Glucosio, assente.
Urea per mille, 30.696.
Cloruri per mille, 10.
Sedimento, negativo.

19 gennaio 1925: operazione (prof. Pieri).

Taglio di Israel. Si scopre il rene destro; la capsula adiposa presenta delle aderenze specie alla parte media del rene, che si distaccano con discreta emorragia. Il rene è notevolmente aumentato di volume (quanto un limone), è deformato; è come diviso trasversalmente in tre lobi, di cui quello corrispondente al terzo medio è il più grosso, e presenta nella sua parte più convessa (coincidente con la convessità renale) una zona biancastra, molle al centro. L'aumento di volume del rene, e la sua deformazione che lo ha trasformato in una massa tondeggiante e sfuggente, rendono la lussazione del rene un poco indaginosa. Estratto il rene, si constata che la pelvi e l'uretere hanno aspetto normale.

S'incide la zona rammollita corrispondente alla parte più convessa del rene. Si cade in una cavità grande quanto una noce, a pareti piuttosto liscie, contenenti pus giallastro-denso. Si deterge la cavità, si disinfetta con soluzioni di Dakin, e si introduce in essa l'estremità di un drenaggio avvolto in garza iodoformica. Sutura parziale della ferita ai due angoli a due piani: muscoli e pelle.

Seguito operatorio dei più normali.

La coltura del pus ha dato sviluppo a *stafilococco aureo puro.*

I sintomi clinici che ci hanno portato alla diagnosi di ascesso sono dunque tre: il dolore vivo sia spontaneo che provocato con la palpazione, localizzato al fianco; l'aumento di volume dell'organo e la febbre a carattere suppurativo con remissioni mattutine, preceduta da brividi, a cui si può aggiungere il dolore costo-vertebrale, che secondo qualche autore (Avoni) sarebbe costante.

Questi tre sintomi quando si trovano uniti, oserei quasi dire, costituiscono il tripode su cui si può basare la ipotesi diagnostica di una suppurazione renale anche se il reperto urinario è completamente negativo, come nel nostro caso.

Ci poteva essere nel nostro ammalato un elemento contradditorio alla diagnosi d'ascesso, dovuto alla assenza di un alterato stato generale che denotasse il carattere pioemico dell'infezione, senonchè fu proprio questa mancanza a convincerci dell'esattezza del diagnostico. Infatti l'ascesso renale contrariamente alla nefrite ad ascessi miliari, in cui si ha un esordio quasi costantemente brusco, tumultuoso, che si ripercuote immediatamente sullo stato generale, evolve in forma subacuta, spesso subdola, e il focolaio unico e ben circoscritto non permette che un assorbimento del materiale tossico molto lento su di una superficie assai limitata.

Questa considerazione mi fa pensare che tale dato possa essere utile per la diagnosi differenziale fra due affezioni, le quali comportano e una prognosi e una terapia diversa.

Maggiore difficoltà per l'esatta diagnosi poteva rappresentare il fatto che, nel caso in questione, trattandosi di un bambino, non si poteva avere il sussidio degli altri comuni mezzi di indagine, quali la cistoscopia e il cateterismo ureterale.

L'asserto clinico venne confermato al tavolo operatorio dove si potè constatare una vera cavità ascessuale grande quanto una noce con alterazioni notevoli dell'organo.

L'esame culturale del pus ha dato lo *stafilococco aureo* in cultura pura. Ora non è solo a questo germe imputabile la formazione d'ascesso, bensì furono descritti a volta a volta ascessi da pneumococco, da streptococco, da bacterium coli, da gonococco, da bacilli di Eberth, da anaerobi, ecc. La patogenesi di queste forme non sempre è ben chiara: nel nostro ammalato non si trovano tracce di infezioni pregresse, tranne una polmonite a due anni e una paralisi infantile tre anni fa che sono troppo lontane per attribuirne a loro la causa, nè altri dati anamnestici che si potessero mettere in relazione con la lesione.

Sfuggendoci quindi la causa originale dell'infezione, ho giustificato la denominazione « ascesso idiopatico ».

Qual'era la terapia più razionale da adottare? Trattandosi di ascesso unico, ben circoscritto, senza comunicazioni con la pelvi renale, sembrò all'operatore che la *nefrotomia* corrispondesse al trattamento conservativo d'elezione. A parte la *nefrectomia* e gli altri interventi conservativi, come *semplici nefrolisi* o *nefrolisi* con *pielotomia*, che nel caso particolare nostro non trovavano logica indicazione, l'unico intervento ancora possibile sarebbe stato l'escissione del focolaio. In considerazione però che questo trattamento in ultima analisi viene ad essere una nefrotomia più demolitiva che non ci mette a riparo dai pericoli della nefrotomia, e che così agendo si veniva a portare un trauma molto più grave al malato e si veniva a ledere maggiormente un organo abbastanza alterato per la natura stessa della lesione, si ritenne opportuno di rigettare il metodo.

Il buon esito nel nostro malato confermò successivamente l'utilità e la razionalità del trattamento.

*
* *

Ritornando, come da premessa, sulla classificazione, patogenesi, anatomia patologica e terapia delle infezioni suppurative nel parenchima renale, dirò che con la nuova denominazione di *nefropielite*, proposta dal Taddei alle formazioni di focolai multipli settici nella sostanza renale non mi pare che ancora si sia realizzata quella chiarezza che valga a sceverare nettamente i vari quadri nosologici e clinici delle diverse lesioni a carattere suppurativo, ma credo anzi, contrariamente all'intenzione dell'autore, che la sottigliezza del ragionamento possa accrescere la confusione e rendere ancor più difficile una diagnosi.

Se dalle nefropieliti, come vuole il Taddei, si devono distinguere le nefriti suppurative ad ascessi miliari e ad ascessi maggiori unici o multipli, mi domando: quale lesione si vuole individualizzare con il termine « nefropielite » quando il nome non include il concetto « suppurazione », e non esprime altro che una lesione più grave del parenchima a confronto della pelvi ben poco distaccandosi dal concetto delle comuni *pielonefriti*?

La descrizione anatomo-patologica che dà il professore Taddei ai focolai settici riscontrati nei suoi ammalati, mi pare corrisponda a quella esposta da me nel mio lavoro sulle nefriti apostematose, e che si trova sui testi di studio.

Se poi si volesse fare una distinzione fra infarto settico ed ascesso, per quanto riesca difficile anche con l'esame microscopico, questa non sarebbe che anatomo-patologica, non clinica, poichè in ambedue i casi il quadro nosologico è identico e presenta una sindrome più o meno acuta esattamente sovrapponibile.

Accettando la denominazione di *nefropielite*, mi sembra che non sarebbe errato aggiungervi il termine specificativo di « suppurative », comprendendovi anche le *nefriti suppurative ad ascessi miliari o ad ascessi maggiori multipli*, siano esse primitive o secondarie ad altre lesioni preesistenti, e distinguendovi gli ascessi renali, i quali sono quasi sempre primitivi ed unilaterali e non sono che un focolaio ben limitato nel parenchima ad evoluzione molto più lenta, senza concomitanti lesioni pelviche, salvo quando questi non si rompano attraverso le vie d'escrezione dell'orina.

Intesa così la classificazione, mi sembra che non si possa accettare la denominazione di *nefropielite* come espressione di infezioni esclusivamente ematogene, poichè si verrebbe a creare una classificazione unilaterale da cui verrebbero escluse la via linfatica e la via ascendente come vie possibili d'infezione.

Che l'infezione d'origine ematogena sia la più frequente è un dato positivo, ma escludere la via linfatica ed ascendente, per quanto la prima sia negata da molti autori, ma sufficientemente provata dal Marion, non è possibile, per ragioni evidenti.

E' del 1920 che Cesaris-Demel descrive nel trattato d'anatomia patologica del prof. Foà le lesioni in argomento con la denominazione di *nefrite apostematosa*, distinguendo la nefrite apostematosa *discendente* e la nefrite apostematosa *ascendente*.

Qualunque possano essere le cause che producono quest'ultima, siano esse stenosi uretrali, lesioni vescicali, calcoli del bacinetto, quando noi ci troviamo di fronte al quadro clinico, caratteristico delle infezioni discendenti, e al tavolo operatorio troviamo un rene disseminato di numerosi o scarsi focolai settici, limitati alla sola sostanza corticale o diffusi in tutto il parenchima, accompagnati da concomitante pielite con o senza dilatazione, con o senza presenza di calcolo, credo autorizzata ancora la denominazione di nefropielite suppurativa o di nefrite apostematosa.

La clinica infine viene in nostro aiuto, e nella mia breve pratica ospedaliera mi è accaduto più volte di vedere intervenire non per la lesione primitiva ma per quella secondaria la cui grave sintomatologia ne dava l'indicazione.

Quando il focolaio fosse unico, ben circoscritto, allora io penso che più che a una nefrite suppurativa a focolaio unico ci troviamo di fronte ad un vero ascesso renale.

Dei numerosi trattamenti proposti nessuno, ritengo, presenta una vera e spiccata superiorità sugli altri; però sono d'avviso che il chirurgo debba sempre indirizzarsi al trattamento più conservativo possibile, dato che il conservare un organo dell'importanza del rene dovrebbe costituire la mira di ogni operatore.

Non è compito mio di dire se il metodo seguito dal prof. Lasio nei casi da me illustrati, e cioè la nefrolisi con pielotomia e drenaggio del bacinetto, rappresenti un passo in avanti, rispetto agli altri metodi, verso la chirurgia conservativa, ma solo risponderò alle obbiezioni che si sono volute fare.

Il drenaggio del bacinetto in chirurgia urologica viene usato con la massima larghezza ogni volta che esistano infezioni ribelli ai comuni trattamenti medici. Ora non trovo affatto irrazionale e pericoloso l'introduzione di una sonda a permanenza nella pelvi renale in caso di infezioni suppurative renali:

1) perchè serve per drenare i focolai che eventualmente si aprono nel bacinetto e che inevitabilmente infetterebbero le vie basse, ancora indenni, d'escrezione dell'orina;

2) perchè così comportandosi non solo ci atteniamo logicamente a uno dei principali precetti

urologici di drenare una cavità quando questa è infetta (esempio: vescica), ma anche permettiamo un rapido scarico dell'orina che potrebbe essere ostacolata nel suo deflusso da qualche lesione a valle, impedendo il ristagno con le sue temibili conseguenze;

2) perchè permettiamo alla pelvi, per caso lievemente dilatata, di ritornare normale mettendola a riposo, evitando contemporaneamente fino ad un certo punto la formazione di una idropionefrosi. Con la *nefrolisi* se non si può decongestionare l'organo, effetto esclusivo della flogosi, togliamo però all'organo un involucro resistente che lo incarcera, causa delle sofferenze e talora dei dolori ai pazienti. Checchè si dica, togliendo la barriera, facilitiamo l'apertura degli ascessi, i quali tendono sempre a farsi strada verso il punto di minore resistenza; per cui se noi non apriamo veramente i focolai corticali, come vuole il Taddei, con la nefrolisi viene per lo meno questa apertura assai agevolata.

Si dice infine che la capsula renale si rigenera, e a questa obbiezione fondamentale rispondo che essa per riformarsi impiegherà un certo tempo quanto è sufficiente per permettere la regressione e la guarigione della malattia (cioè si raggiunge lo scopo).

A parte l'indicazione della *nefrectomia*, che per me dovrebbe essere *l'estrema ratio* e che rappresenta sempre un mezzo di riserva a disposizione del chirurgo per salvare la vita del malato quando ogni altro metodo avesse fallito, mi limiterò solo ad alcune osservazioni sul trattamento proposto dal prof. Taddei, poichè sugli altri ho sufficientemente discusso sul lavoro più sopra citato.

Abram Hyman nel 1920 e oggi il Taddei come trattamento conservativo d'elezione propongono l'estirpazione con resezione cuneiformi dei focolai. A parte il fatto che il trattamento non è possibile se non in numero assai ristretto di casi, e cioè in quei particolari dove i focolai sono molto scarsi o unici, io penso che non sia un indirizzo alla chirurgia conservativa poichè troppo frequentemente si dovrebbe ricorrere alla chirurgia demolitrice, ossia alla *nefrectomia*, e inoltre non solo il procedimento riduce notevolmente il quantitativo di parenchima funzionante ma anche provoca uno choc operatorio più grave (si pensi alla particolare fragilità di questi ammalati) e dà luogo a cicatrici vaste che potrebbero essere non immuni da inconvenienti lontani, senza contare le conseguenze degli infarti del parenchima renale residuale, che seguono, in misura più o meno larga, alla nefrotomia.

Se nei diciotto casi da me citati nel lavoro sulle nefriti apostematose ci si fosse attenuti ai concetti della resezione del focolaio, difficilmente si sarebbe potuto salvare l'organo in qualche malato, e nel caso tipico n. 14, ammalata con rene unico, dove il rene era letteralmente disseminato di ascessi miliari, qual'era allora la via da seguire?

Lascio la risposta ad altri, e termino concludendo che, qualunque denominazione si voglia scegliere per individualizzare la *nefrite apostematosa*, essa dovrà comprendere tutte quelle affezioni che clinicamente si manifestano con i sintomi seguenti:

1) temperatura a carattere suppurativo con remissioni mattutine, preceduta da intenso brivido; 2) dolore localizzato al rene ammalato e irradiantesi alla regione inguinale e alla coscia del lato omonimo; 3) aumento del volume dell'organo; 4) aspetto generale dell'ammalato, che denota il carattere pioemico dell'infezione;

e che anatomo-patologicamente dimostrano focolai settici miliari multipli o unici, sparsi nella sostanza renale siano essi primitivi o secondari ad altre lesioni preesistenti.

In ultimo il trattamento d'elezione dovrà essere più conservativo possibile, concedendo il valore che si meritano ai dati riportati; a mio parere, quello dello scapsulamento e del drenaggio della pelvi, rappresenta l'intervento che meno danneggia l'organo e che ha maggiore carattere di razionalità.

OSPEDALE REGINA ELENA - TRIESTE - DIV. UROLOGICA
Primario - Dott. RAVASINI.

Valore degli esami funzionali dei reni per decidere sull'opportunità di un intervento renale

per il dott. C. RAVASINI (1).

Vi presento brevemente tre storie cliniche che dimostrano la assoluta necessità di praticare in tutti gli ammalati di affezioni renali tutte le indagini funzionali prima di decidere se si possa praticare un'operazione al rene senza rischiare la vita del paziente. E ciò, perchè oggi è necessario, che tutti i medici sappiano, che non si può operare sul rene, se dai risultati degli esami funzionali non risulta chiaramente, che l'altro rene potrà da solo assumere la funzione escretoria dell'organismo o ambedue sopportare un intervento renale. Il caso, nel quale noi abbiamo omesso di praticare tutti gli esami fidandoci del solo re

---

(1) Comunicazione fatta all'Associazione Medica Triestina al 5 aprile 1925

perto del cateterismo ureterale è quanto mai istruttivo. E confessando l'errore noi dobbiamo trarre l'ammaestramento che deve guidarci nei casi che avremo da osservare in avvenire. Oggi lo studio delle vie urinarie è talmente progredito, che non è possibile ad un medico che non sia specializzato in urologia, di operare sui reni, senza correre il rischio di veder compromessa l'opera sua. Le indagini funzionali, quali la costante di Ambard, la concentrazione ureica del sangue, le prove eliminatorie colla fenolsulfonftaleina e coll'indigocarmino, gli esami batteriologici delle orine, i reperti radiografici completati dalla pielografia sono arrivati ad un grado di perfezione, che fino a pochi anni addietro non si poteva supporre; essi richiedono uno studio quanto mai diligente ed una pratica rilevante che non può avere che quel medico che di questa disciplina si occupa con costanza e con diligenza e che dispone di un materiale urologico considerevole.

E vengo ora all'esposizione delle tre storie cliniche.

I. — *Idronefrosi calcolosa destra - Risultato degli esami funzionali ottimo - Nefrectomia - Guarigione.*

C. Rodolfo, d'anni 17, subì circa un mese prima dell'entrata all'ospedale un trauma al fianco destro. Da allora dolori persistenti alla regione lombare ed al fianco destro con esacerbazioni parossistiche violenti ed irradiazioni verso il pube. Nessun'alterazione nelle orine. All'esame non si riscontra altro che dolorabilità alla regione renale destra. Il rene non appare ingrossato. L'orina è limpida, soltanto nel sedimento si trovano singoli eritrociti. *Radiografia* del rene destro: Enorme dilatazione del bacinetto ripieno di calcoli. *Pielografia*: Il rene appare quale una sacca con numerose cavità; il bacinetto appare dilatato. *Costante ureosecretoria* 0.09; *Ur.* 0.47 (del sangue); *C.* 14.79 (dell'orina); *D.* 37 (eliminazione di urea in 24 ore); *P.* 70 kg. (peso del corpo).

Nefrectomia: Il rene appare di colorito normale, leggermente aumentato di volume, con numerose bozze fluttuanti. Il bacinetto appare dilatato. All'incisione si riscontrano numerose cavità piene di orina con parenchima notevolmente ridotto. In una cavità sono raccolti numerosi piccoli calcoli; un calcolo più grosso trovasi isolato nel parenchima ed uno nel bacinetto. Guarigione per primam. Dimesso 10 giorni dopo l'operazione.

Questo ammalato era stato dichiarato da un collega internista un simulante che voleva sfruttare la Cassa distrettuale per ammalati, e non fu che alle vive insistenze dei famigliari, se si deve, che egli fu inviato per esame radiologico al dott. Brunetti che ha scoperto i calcoli e l'idronefrosi. Questo caso è istruttivo, perchè dimostra, che prima di dichiarare simulante un paziente, bisogna esperire tutti gli esami, dei quali disponiamo, ed in primo luogo la radiografia.

All'esame radiografico il primario Gortan aveva espresso il dubbio, che un calcolo che era distante dagli altri e che presentava una minore intensità d'ombra, possa appartenere alla vescicola biliare. La pielografia dimostrò che tutte le ombre appartenevano a calcoli del rene.

Le cifre degli esami funzionali ci indicano che l'ammalato avrebbe sopportato la nefrectomia del rene idronefrotico e calcoloso.

II. — *Nefrolitiasi bilaterale - Risultato degli esami funzionali pessimo - Morte dopo breve tempo senza intervento operatorio.*

Anamnesticamente blenorragia e sifilide. Circa 3 anni fa l'ammalato, di 52 anni, avvertì dolori al fianco sinistro, persistenti, che però non raggiunsero mai grande intensità. Egli fu curato per supposta artrite. Un anno e mezzo fa fu curato da un collega per ritenzione d'orina dovuta ad un calcolo incuneato nell'uretra. Il calcolo fu ricacciato con una sonda metallica in vescica ed il collega credette opportuno di operarlo colla cistotomia invece che colla litotrissia, ed estrasse un calcolo grande come un fagiuolo. Al dolore persistente al fianco sinistro il collega non attribuì nessuna importanza; egli non fece eseguire radiografia del rene, e supponendo una malaria, lo curò col chinino. Al 3 gennaio a. c. l'ammalato fu accolto nella Divisione Urologica, perchè da 8 giorni presentava ematuria. Sottoposto alla radiografia bilaterale dei reni e degli ureteri fu constatata la presenza di un grosso calcolo coralliforme nella regione renale sinistra, di un piccolo calcolo nella regione renale destra e di un concremento all'uretra prostatica. I reni non erano palpabili, la regione ipocondriaca sinistra era però leggermente dolorosa. L'orina era emorragica e conteneva pus ed eritrociti. Il peso specifico era di 1006. *Azotemia* 1.99 ‰ (normale 0.30-0.40). *Concentrazione d'urea nell'orina* 6.3 ‰ (normale 15-25). *Quantità giornaliera d'orina* 2000-2500. *Riva Rocci* 160. *Fenolsulfonftaleina* (*endovenosa*): un'ora dopo lievissima colorazione rosea, indosabile; 6 giorni dopo l'azotemia era di 1.82 ‰; 9 giorni dopo di 2.41 ‰. Dichiarammo l'ammalato, sulla base di questi reperti, inoperabile e dimesso per proprio desiderio qualche giorno dopo, egli morì a domicilio dopo un paio di settimane.

III. — *Pionefrosi calcolosa destra - Sclerosi del rene sinistro - Esami funzionali non eseguiti - Nefrectomia - Morte operatoria quattro giorni dopo l'intervento d'insufficenza renale.*

N. Ernesto, d'anni 27, soffriva da 6 anni di piuria e fu già ricoverato in ospedale nel 1917 e nel 1921. Non ebbe mai nessun disturbo; nega malattie veneree. Insufficenza della valvola mitrale. Reni non palpabili. Orina piena di pus. Al 25 agosto 1924 fu constatata radiologicamente un'ombra sospetta di concremento nella regione renale destra. *Il cateterismo renale sinistro* diede orina limpida con minime tracce d'albume, il destro orina torbida con pus. Perciò il compianto prof. Nicolich procedette al 7 agosto 1924 alla *nefrectomia destra* senza sottoporre l'ammalato prima agli esami funzionali dei reni, ritenendo sufficente il reperto dato dal cateterismo ureterale. Il rene estirpato era ingrossato, flaccido, suppurato. I giorni seguenti all'operazione la diuresi era molto scarsa e l'ammalato morì quattro giorni dopo l'operazione. Alla necroscopia si trovò lieve ipertrofia del ventricolo sinistro. Il

rene rimasto era molto piccolo, a superfice grinzosa, con capsula aderente. Al taglio presentava numerose cavità ripiene di liquido urinoso. La sostanza corticale e midollare erano notevolmente diminuite di volume. *Sclerosi del rene sinistro con numerose cisti.*

In questo caso gli esami funzionali avrebbero dato delle cifre che avrebbero sconsigliato l'intervento operatorio, che condusse alla morte il paziente.

Ho scelto questi tre casi dal nostro materiale urologico, perchè mi sembra che dimostrano ad evidenza l'importanza ed il valore degli esami funzionali dei reni per decidere sull'opportunità di un intervento renale. Dei tre casi due morirono ed uno guarì. Dei morti uno non fu operato perchè gli esami funzionali diedero cifre tali da farci desistere in via assoluta da ogni idea di intervento. E l'esito letale poco tempo dopo ci diede ragione. Nel secondo caso invece gli esami funzionali furono ritenuti superflui. E l'ammalato morì, perchè l'altro rene non era sufficente alla vita. Se si fossero fatti gli esami funzionali, si sarebbe evitata una morte operatoria, e l'ammalato avrebbe potuto vivere ancora per qualche tempo. Nel terzo caso, nel quale va rilevato il valore diagnostico della pielografia, gli esami funzionali ci diedero la sicurezza che l'ammalato avrebbe sopportata la nefrectomia del rene idronefrotico e calcoloso.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I DI TORINO
Sezione medica diretta dal prof. GRAZIADEI.

La prova di Meltzer Lyon Stepp fornisce veramente bile della vescichetta biliare.

Dott. ALBERTO TROSSARELLI.

In un mio precedente lavoro « Sulla tecnica e sul valore diagnostico e terapeutico del sondaggio duodenale », esponendo rapidamente i metodi diversi di sondaggio e le svariate ricerche che sul liquido duodenale potevano venire espletate, ebbi anche a parlare della prova di Meltzer Lyon Stepp, prova consistente nell'iniezione, colla sonda duodenale, direttamente nel duodeno di una soluzione di solfato di magnesio al 20 %. Avevo spiegato allora la tecnica, e detto come questa iniezione determinava la fuoriuscita, dopo un certo tempo, di bile assai differente da quella che prima veniva aspirata, bile, che con ogni verosimiglianza doveva provenire dalla vescichetta biliare, e che non fuoriusciva in quei casi in cui per cause svariate, come calcoli, tumori, era compresso od occluso totalmente il dotto cistico. Affermai senz'altro, che la bile che si otteneva con la prova suddetta proveniva dalla vescichetta biliare, non ignorando però le svariate discussioni sull'argomento, poichè mi proponevo fin d'allora di dare la dimostrazione della mia affermazione con questo secondo lavoro.

Fin dal 1893 il Doyon aveva notato come varie eccitazioni del sistema nervoso potevano provocare la dilatazione dello sfintere duodenale di Oddi, con contemporanea contrazione della vescichetta biliare, e il Meltzer nel 1917, ripresi gli studi sull'argomento aveva potuto ottenere egli pure col contatto di svariate sostanze sulla mucosa duodenale, una dilatazione dello sfintere con contrazione della vescichetta, e notare che il fatto non si verificava se queste stesse sostanze anzichè direttamente nel duodeno venivano prese per bocca e quindi giungevano nello stomaco. Sperimentò egli ampiamente su diversi animali, particolarmente su cani e fu merito più tardi del Lyon nel 1919 l'avere applicato questo concetto all'uomo col sondaggio duodenale. Le prime ricerche vennero praticate coll'uso di soluzioni di solfato di magnesio al 20 % ma più tardi ulteriori ricerche misero in evidenza che l'azione del magnesio poteva essere ottenuta egualmente con altre soluzioni saline, tali quelle di solfato di sodio al 25 %, di peptone al 5-10 %, di glucosio al 25 %, di fosfato di sodio al 25 %, di citrato di magnesia al 15 %, di cloruro di sodio al 0.5 %.

Fra tutte queste diverse soluzioni, escluso il magnesio, quella che diede i migliori risultati fu quella di peptone, adottata specialmente in Germania, e nota col nome di prova di Stepp. Man mano che gli studi continuarono si accumularono dati svariati, alcune volte contraddittori, i vari ricercatori sull'argomento si divisero in due grandi gruppi: gli uni che ammisero essere bile vescicolare quella che si otteneva dopo l'iniezione, mentre gli altri negarono il fatto, pensando invece che la bile differente che si otteneva dopo l'iniezione, dipendeva dall'azione del solfato di magnesio e degli altri sali sulle cellule epatiche. Il Crohn, il Reiss, il Radin, il Friedenwald, il Martindale e il Kearney si schierarono subito contro la prova, dopo le loro esperienze su cani. Infatti questi autori studiando l'argomento su cani cloroformizzati e laparotomizzati ed osservando, che messa allo scoperto la vescichetta biliare questa assai raramente sotto l'azione del solfato di magnesio si contraeva, pensarono che il solfato di magnesio non avesse potere alcuno nel determinare contrazioni della vescichetta. Alcuni di essi però muovono dubbi alle loro stesse ricerche, e si domandano tra l'altro, se il meccanismo dell'innervazione vescicolare non possa essere stato turbato dalla narcosi e quindi non possano essere stati falsati i risultati dell'esperimento. A parere

mio, quasi senza dubbio, la narcosi deve avere influenzata, se non completamente paralizzata la muscolatura propria della cistifellea ed anche quella dello sfintere di Oddi, fatto che del resto non ci deve stupire, inquantochè a tutti sono note le paralisi della vescica e dell'intestino che si verificano dopo narcosi fatte a scopo chirurgico; e poi non potrebbe darsi anche il fatto, che sotto l'anestesia, il delicato riflesso neuromuscolare che presiede alle funzioni delle vie biliari sia abolito, come sono aboliti pure nell'anestesia i riflessi pupillari e congiuntivali? E non dimostrarono forse il Saches, il Lessner e lo stesso Friedenwald, dapprima oppositore, che evitati gli effetti paralizzanti dell'anestesia, l'iniezione di solfato di magnesio determinava una contrazione della vescichetta biliare e dilatazione del tubo intestinale? Stepp che studiò accuratamente e profondamente il fatto, (egli metteva allo scoperto la vescichetta biliare, e poi praticata una fistola gastrica e introdotto il sondino nel duodeno, praticava l'iniezione) osservò, una contrazione intensa della vescichetta partente dal fondo e portantesi verso il colletto, contrazione sincrona allo scolamento di bile più scura dalla sonda, e susseguita da una diminuzione di volume della vescichetta stessa. Carnot, Libert, Einhorn, Bassler, Luckett e Lutz che rivolsero le loro ricerche su animali e su individui colecistectomizzati pare che in alcuni casi abbiano ottenuta dopo l'iniezione una bile assai simile a quella vescicolare per cui credettero di poter infirmare la prova di Meltzer, Lyon, Stepp.

In vari modi essi tentarono di spiegare il fatto. Eccone alcuni.

L'Einhorn pensa che si tratti d'un'azione dei sali di magnesio sulle cellule epatiche, per cui viene accresciuto il potere secretivo di queste ultime, e rincalza questo suo convincimento col modo di fuoriuscita di detta bile, ch'egli descrive, lento, graduale, e non brusco come se dipendesse da una rapida contrazione vescicolare.

Bassler, Luckett e Lutz si associarono alle idee di Einhorn e pensarono che le variazioni di colore della bile ottenuta dopo l'iniezione erano dovute a fenomeni d'ossidazione, mentre l'aumento di peso specifico, era dovuto allo stesso solfato di magnesio il quale, ammettevano essi, veniva rapidamente assorbito e dai vasi portali rapidamente trasportato al fegato che lo eliminava insieme alla bile. Che il solfato di magnesio, non abbia un'azione eccitante sulle cellule epatiche, come sosteneva Einhorn, è stato ripetuto da molti autori e dimostrato anche dall'Hollander il quale avendo iniettati endomuscolarmente, a numerosi pazienti sondati, delle soluzioni di magnesio, non ottenne mai nè contrazioni vescicolari, nè modificazioni della bile e questo nè dopo pochi minuti nè dopo alcune ore dall'iniezione, osservando unicamente nei pazienti così trattati una sensazione di debolezza generale e di fatica. Inoltre se l'ipotesi del rapido assorbimento del solfato di magnesio da parte dei vasi portali poteva reggere riguardo al magnesio ed agli altri sali, come poteva spiegarsi e verificarsi la fuoriuscita di bile vescicolare, in seguito all'iniezione di peptone? Infatti, se teoricamente, si può ammettere un assorbimento, ed un'azione, che dovrebbe però essere quasi istantanea, del solfato di magnesio sulle cellule epatiche in seguito all'assorbimento duodenale, questo non può verificarsi per il peptone, perchè questo, prima di giungere nel sangue portale, deve subire processi disintegrativi lunghi e complessi, i quali evidentemente non possono essere compiuti in pochi minuti ed esercitare così la loro azione eccitosecretiva sulle cellule epatiche. Che Einhorn abbia osservato in numerosi suoi casi, un'escrezione graduale e non brutale della bile vescicolare dopo l'iniezione, questo non trova conferma nelle ricerche di numerosi autori e anche nelle nostre, inquantochè sempre notammo una netta transizione tra l'escrezione della bile B (vescicolare) e quella A, transizione che avveniva bruscamente, e che non poteva venire spiegata altrimenti che con una contrazione vescicolare. Che però possa verificarsi una transizione lenta tra l'una e l'altra bile, questo è pur anco possibile, ma non viene ad infirmare il concetto della prova, perchè, come talvolta la vescichetta biliare ipereccitabile, si contrae al solo giungere del sondino nel duodeno, così in altri casi, essendo la muscolatura poco eccitabile anche se stimolata può reagire con una contrazione lenta e graduale. Che poi gli autori precedenti, siano riusciti ad ottenere bile del tipo vescicolare in individui colecistotectomizzati, questo può essere stato verissimo. Il fatto si verifica di rado, e lo Stepp, il Lyon, l'Hollander, che studiarono l'argomento su materiale numeroso, non ebbero mai a verificare il fatto. In un caso solo su circa venti individui colecistectomizzati l'Hollander ottenne una bile più colorata con peso specifico più elevato, ed egli allora formulò l'ipotesi che il fatto fosse dovuto ad una stasi prodottasi nei canali epatici, ipotesi che doveva trovare recente conferma dalle ricerche di Roste che esperimentando su cani colecistectomizzati riuscì in alcuni ad ottenere col sondino, dopo l'iniezione di solfato di magnesio, bile del tipo vescicolare e a dimostrare successivamente al tavolo anatomico come il fatto doveva essere spiegato. Egli infatti riscontrò, negli animali che avevano reagito positivamente alla prova, una dilatazione delle vie epatiche, che in taluni punti formavano

quasi delle vere e proprie vescichette. I cani, che non avevano reagito alla prova, non presentavano alcuna alterazione delle vie biliari. E non fu forse sufficientemente dimostrato dalle prove di Düttman l'origine vescicolare della bile B? Egli che prelevava bile col sondaggio dopo aver fatta l'iniezione, e successivamente, sottoposto il paziente all'operazione, raccoglieva direttamente la bile della cistifellea, ebbe a constatare che non esisteva differenza sia chimica e sia microscopica tra le due specie di bili. E non furono dimostrative forse, le prove che egli fece collo Stepp, mediante sostanze colorate iniettate nella cistifellea e poi ottenute col sondaggio dopo l'iniezione del solfato di magnesio? E gli identici risultati ottenuti dal Pribram col peptone, che cosa stanno ad indicare? E lo studio semeiologico delle vie biliari, colla prova dell'iniezione di solfato di magnesio, che cosa c'insegna? Forse che, se esistono ostacoli nel dotto cistico, si ottiene bile vescicolare dopo l'iniezione duodenale? E non sono già forse numerosi i casi nei quali la diagnosi di occlusione del dotto cistico si potè fare essendo la prova riuscita negativamente? E per citare alcuni autori che pubblicarono casi interessanti, riguardanti la questione, basterà ricordare il Gosset e il Loewy, il Goehlinger, il Carnot. Quanto ho esposto sinora, riguarda unicamente l'azione che il solfato di magnesio esplica sulla vescichetta biliare e basterebbe da solo a controbattere le teorie degli avversari, ma esso agisce anche sullo sfintere di Oddi. Sono stati gli studi del Wharter, di Archibald, di Mann, che hanno dimostrato luminosamente, come quel certo grado di contrazione dello sfintere di Oddi equivalente a varie centinaia di millimetri cubi (da 100 a 650) d'acqua possa essere diminuito notevolmente dall'iniezione duodenale di solfato di magnesio. Ed è stato poi il Finkelstein a dare la dimostrazione che nella prova non entrava in gioco il solo sfintere di Oddi, inquantochè usando sostanze che ne permettevano il rilasciamento o la diminuzione di tono, come l'atropina, il benzoato di benzile, non si produceva mai comparsa della bile vescicolare che invece si presentava se si adoperava il solfato di magnesio, il quale oltre ad agire sullo sfintere di Oddi provocava anche la contrazione della vescichetta biliare. Al Westhphall poi spettava la dimostrazione fisiologica della prova col dimostrare brillantemente che l'eccitazione del vago determinava il rilasciamento del muscolo di Oddi, con contemporanea contrazione della vescichetta biliare.

Credo che ormai appaia chiaro che la prova di Meltzer-Lyon-Stepp, fornisca bile vescicolare. Tutte le ricerche tendenti a dimostrare il contrario si basano su concetti errati, non tenendo conto, per esempio, nè degli effetti inibitori dell'anestesia sui riflessi, nè delle perturbazioni, che traumi e lesioni, portate in prossimità della vescichetta, possono far risentire in un meccanismo così complicato e complesso, quale quello della contrazione della vescichetta. Nella prova suddetta il solfato di magnesio od il peptone agirebbero eccitando la contrazione della vescichetta biliare e provocando contemporaneamente il rilasciamento dello sfintere di Oddi.

BIBLIOGRAFIA.

ARCHIBALD. Surgery, Gynecol. and Obstetrics, 1919.
BASSLER, LUCKETT e LUTZ. Americ. Journ. of Med. Scienc., 1921.
CARNOT e LIBERT. Journ. de Méd. et de Chirur. prat., 1922.
CARNOT e GOEHLINGER. Paris Médical, 1923.
CROHN-REISS-RADIN. Journ. Americ. Med. Ass., 1921.
DUTMANN STEPP. Klin. Woch., 1923.
DOYON. Arch. de phys. norm. et path., 1894.
EINHORN. New York Med. Journ., 1921.
ID. Arch. für Verdaunsgskrank., 1924.
FINKELSTEIN. Surg., Gynecology a. Obstetrics, 1922.
FRIEDENWALD. New-York Med. Journ., 1921.
GOSSET e LOEWY. Bull. et mém. de la Société de Chir., 1922.
HEMMETER. Bull. soc. de Thérap., 1922.
HOLLANDER. The Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1923.
KEARNEY-MARTINDALE-FRIEDENWALD. Journ. of metabolic research., 1922.
LYON. Journ. Amer. Med. Ass., 1921.
ID. Intern. Journ. Surgery, 1923.
MANN. Journ. of Laborat. and Clin. Med., 1919.
MELTZER-LYON. Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1919.
MELTZER-AUER. Amer. Journ. of Med. Scienc., 1917.
PRIBRAM. Klin. Woch., 1923.
STEPP. Deutsche Med. Woch., 1918.
ID. Munch. Med. Woch., 1918.
ID. Zeitsch. für Klin. Med., 1920.
TINTI. Rivista Clin. Med., 1925.
TROSSARELLI. Policlinico, Sez. Chir. 1925.
WESTPHALL. Congress für innere Medizin, 1922.
WHORTER. Surgery, Gynecology a. Obstetrics, 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

ARTICOLAZIONI.

Artrite reumatoide: etiologia, trattamento.

(H. ROLLESTON. *British med. Journ.*, 3 ottobre 1925)

Col nome di artrite reumatoide si indica un complesso di affezioni croniche dei tessuti articolari e periarticolari di incerta natura. Se ne vuole separare l'osteo-artrite avanzata, sebbene forse non sia che una conseguenza, le fibrositi e le pannicoliti.

Riguardo all'etiologia furono proposte varie teorie. Fu riguardato come causa il disturbo del metabolismo, considerando che spesso in questi soggetti vi è una diminuita tolleranza pei carboidrati. Però, da una parte, nei diabetici non è frequente l'artrite reumatoide, dall'altra, infezioni locali possono interessare secondariamente anche il pancreas e provocarne l'ipofunzione, mentre potrebbero interessare contemporaneamente anche le articolazioni.

Altri hanno messo in rapporto l'artrite reumatoide con disfunzioni delle ghiandole endocrine, e specialmente della tiroide e dell'ovaio, con aumento dell'attività di queste glandole (individui prevalentemente carnivori) o diminuzione (individui prevalentemente vegetariani).

Alcuni autori tendono a dare il massimo valore etiologico alle infezioni locali, donde partirebbero *poussées* che invaderebbero le articolazioni: tali focolai infettivi sono le tonsille, le adenoidi, i focolai dentari, talora limitati al fondo dell'alveolo e rivelabili radiograficamente, le sinusiti, messe in evidenza meglio con la puntura che con la transilluminazione e la radiografia, i focolai appendicolari, colecistici, la stasi intestinale cronica, le infezioni genitourinarie, quelle broncopolmonari. Poncet pone in evidenza l'importanza etiologica dell'infezione tubercolare. I disturbi della secrezione gastrica potrebbero modificare la flora intestinale in modo da produrre tossine specificamente dannose ai tessuti articolari. Le dermopatie possono anche cagionare artrite cronica; così l'A. ricorda l'artrite psoriasica, l'artrite da impetigine. L'artrite psoriasica però sembra piuttosto di origine tossica o anafilattica che infettiva.

Però questa teoria infettiva non soddisfa completamente, perchè da una parte i focolai non sempre si trovano, dall'altra possono spesso esistere senza dare artrite.

Si risponde coi soliti argomenti della predisposizione locale e generale, della varia virulenza dei germi. È anche degno di nota che la forma giovanile dell'artrite reumatoide (malattia di Still) si accompagna spesso ad adenopatie, splenomegalia, nonchè a lesioni del fegato e dei reni di carattere flogistico. I germi principalmente incriminati, e ritrovati nelle articolazioni da esperimentatori di sicura tecnica, sono gli streptococchi, gli stafilococchi, e il coli. Però si trovano assai di rado.

Il trattamento preventivo comprende la prevenzione e cura dei focolai infettivi locali (vaccini), la correzione medicamentosa dell'eventuale achilia gastrica, la cura delle eventuali coliti (guaiacolo, solfo, ecc.). Tali mezzi terapeutici sono utili anche per la cura dell'artrite in atto. Vantaggi si ebbero pure dall'arsenico, e specialmente dallo iodio.

Ma taluni credono che lo iodio agisca solo attivando la tiroide. Utile infatti si è spesso dimostrata la somministrazione di tiroide. Taluno ha pure avuto vantaggio da estratti di paratiroide.

La cura dietetica ha per alcuni molta importanza: essi (Pemberton) riducono la dieta, e specialmente i carboidrati, dando tuttavia al paziente una apparenza di ricca nutrizione mercè alimenti di molto volume (patate, frutta, ecc.). Leewellyn, salvo nei casi di gotta, non limita la carne, e non limita neanche i carboidrati se non vi è dispepsia.

Di qualche utilità è talora l'elioterapia, le irradiazioni ultraviolette, le varie cure termali. Esse attivando la circolazione favorirebbero la distruzione dei germi eventuali. Di non poca importanza è il mantener in buona posizione le articolazioni durante le *poussées* acute per evitare anchilosi in cattiva posizione.

Qualche vantaggio ha recato pure la shocterapia (latte, peptone, ecc.).

L'argomento fu discusso all'Associazione medica britannica. R. Waterhouse fece osservare che non si deve esagerare l'importanza etiologica delle infezioni locali, in quanto, di rado ad esse consegue un reumatismo cronico, e di rado esso guarisce con la guarigione dell'infezione locale. R. Osgood discute la patogenesi delle artriti croniche infettive, ammettendo che i batteri possono produrle: 1) cagionando endoarterite e trombosi; 2) producendo tossine ad azione specifica per certi tessuti; 3) per fenomeni allergici. A quest'ultima forma riferisce specialmente il reumatismo tubercolare di Poncet.

J. Munro fa notare che nell'artrite reumatoide non è rara la leucocitosi e la linfocitosi relativa, che inoltre, per sua esperienza, è frequente la reazione di deviazione del complemento per antigeni streptococcici polivalenti, purchè non si adoperi più di 2 dosi emolitiche minime di complemento.

Nell'artrite reumatoide è frequente pure una netta reazione alla tubercolina, e la R. W. positiva.

A. Timbrell Fisher preferisce la denominazione di artrite cronica a quella di artrite reumatoide, e distingue: 1) una forma osteo-condrale, che identifica con la osteoartrite, e con la forma degenerativa di artrite cronica di alcuni autori (inizio delle alterazioni con la degenerazione velvetica della cartilagine, e successiva invasione dell'osso, con uno sforzo di riparazione irregolare ed eccessivo, donde gli osteofiti); 2) una forma mista, che affetta la sinoviale, ed invade successivamente la cartilagine e l'osso, con alterazioni essenzialmente flogistiche; 3) una forma puramente sinoviale. Le ultime due forme corrispondono alla forma produttiva di alcuni autori, contrapposta da essi alla forma degenerativa.

Conviene con R. Jones che, mentre nei primi stadi occorre immobilizzare in adatta posizione, passato il periodo acuto più doloroso è bene iniziare precocemente i movimenti, per prevenire l'anchilosi, e mantenere il tono muscolare. Gli interventi ortopedici, resezioni ossee, pseudoartrosi possono in parecchi casi correggere deformità e permettere una discreta attività.

L'applicazione di stecche speciali può permettere di immobilizzare certe articolazioni senza immobilizzare il malato, ad es. le ben note stecche di Thomas, ad estensione, immobilizzano il ginocchio pur permettendo un certo movimento dell'anca.

W. Willcox distingue dall'artrite reumatoide l'idrartrosi intermittente, che considera manifestazione anafilattica di fronte a certe tossine del corpo, come l'asma, l'edema angioneurotico, ecc. Ne distingue ancora le artriti neuropatiche (tabes, siringomielia, ecc.) e le gottose.

Opta per l'etiologia infettiva, principalmente da streptococchi del gruppo viridans: ammette però che talora la gotta si associ. La costituzione o diatesi sarebbe pure un coefficiente non trascurabile, donde l'ereditarietà non rara dell'affezione. Consiglia il trattamento locale mercè applicazioni iodiche, termoterapia, actinoterapia. La nutrizione deve esser sufficiente, ricca in vitamine; evitare l'alcool. La cura con lo shoc proteinico non gli ha dato risultati durevoli. La vaccinoterapia va fatta, secondo lui, a dosi deboli, perchè una dose eccessiva può esser dannosa.

A. Cawadias richiama l'attenzione sul ricambio dello zolfo. Esso, in varie forme, viene eliminato in eccesso, ciò che è riferibile alla distruzione della cartilagine, che ne è ricca (acido condroitinsolforico).

J. Barr richiama l'attenzione sul fattore etiologico acidosi, prodotta specialmente da abnormi fermentazioni intestinali, con produzione di acidi. Questi, riassorbiti, possono vincere il meccanismo dei cosiddetti buffers, o corpi tampone, che tendono a mantenere costante la reazione del sangue, onde, a tale scopo vengono intaccate le riserve di calcio. Alterazioni delle ghiandole endocrine favorirebbero il disturbo del ricambio del calcio.

DORIA.

Sulla diagnosi e cura delle affezioni delle articolazioni sacroiliache.

(I. VERRALL. *Proceedings of Royal Society of Med.*, 1925, n. 6).

Se è lesa un'articolazione sacroiliaca il paziente cammina in modo da risparmiarla, e anche nella semplice stazione eretta poggia generalmente sull'opposto lato, salvo che nelle affezioni leggere, nelle quali, poggiando sullo stesso lato, la contrazione muscolare fissa l'articolazione.

Le affezioni sacroiliache producono facilmente disturbi neurastenici, sembra perchè provocano una sgradevole e continua sensazione di instabilità.

I dolori sono essenzialmente prodotti dall'interessamento dei nervi vicini, e s'irradiano alla natica, o assumono il tipo di sciatica. Anche lo stiramento dei legamenti provoca dolore, che è caratteristico se si mette in evidenza con la pressione profonda, con la compressione trasversale degli ilei, con la compressione sacro-pubica: una dolorabilità superficiale nell'articolazione è senza valore.

L'esame in decubito orizzontale mostra possibili e non dolenti i movimenti dell'anca, e generalmente la mancanza dei segni tipici della sciatica.

La tubercolosi è affezione rara, e grave, dell'articolazione sacroiliaca. Si riconosce sicuramente alla radiografia solo negli stadi avanzati.

L'artrite gonococcica è rara come unica localizzazione, non rara insieme ad altre localizzazioni.

L'artrite cronica è frequente, ma per la disposizione anatomica di un'arteriola che dà ai raggi un aspetto apparentemente irregolare al margine osseo, è diagnosticata con troppa frequenza. Questa arteriola è più sviluppata nelle donne, e la sua impronta serve anzi a riconoscere il sesso negli scheletri.

Il rilassamento dell'articolazione sacroiliaca è frequente, sia come forma congenita, che in seguito a gravidanza. Però in questo caso suole restaurarsi la normale stabilità di pari passo con l'involuzione dell'utero: la restaurazione è incompleta se troppo presto viene assunta la posizione eretta, e si sottopone a sforzi l'articolazione.

Possono recar danno all'articolazione stiramenti intensi e improvvisi, in occasione di sforzi par-

ticolari, come pure stiramenti lenti e continui, come accade, ad es., nell'anchilosi dell'anca.

Nelle artriti gravi è necessaria l'immobilizzazione, eventualmente operatoria, mercè innesti ossei: bisogna però evitare di aprire l'articolazione od eventuali raccolte circostanti.

Nelle sublussazioni con lo spostamento del sacro in dietro, spesso si riesce a restituire i normali rapporti con la flessione completa della spina, eventualmente aiutandosi con qualche manovra locale.

Nelle donne in cui le articolazioni sono rilassate, adatte cinture danno molto giovamento.

DORIA.

La cura chirurgica dell'artrite deformante dell'anca.

(R. WHITMANN. *Ann. of Surg.*, giugno 1925).

Un fattore di grande importanza per l'insorgenza e il progredire di questa malattia sembra essere la incongruenza delle superfici articolari, sia essa congenita, sia acquisita.

Come in altre malattie dell'articolazione dell'anca, anche in questa l'arto inferiore tende all'adduzione e alla flessione; mentre l'ampiezza dei movimenti diminuisce, e questi diventano dolorosi.

Nei casi più gravi solo un trattamento chirurgico può riuscire di qualche efficacia; e poichè la sintomatologia dipende in gran parte dallo sfregamento delle superfici articolari erose, la cura meglio indicata sembra essere l'artrodesi o la resezione. Non sempre però si ottiene l'anchilosi ossea, ed è sempre necessario un lungo periodo d'immobilizzazione in apparecchio gessato (lieve flessione, abduzione e rotazione esterna). Non raramente, causa l'incompleta fusione dei capi articolari, l'arto tende a porsi nuovamente in adduzione.

L'A. ha proposto, per evitare questi inconvenienti, una speciale operazione ricostruttiva. La cartilagine e il tessuto osseo rammollito della testa femorale sono asportati. Il grande trocantere è sezionato alla sua base, e di nuovo impiantato più in basso sulla faccia esterna del femore. Il collo femorale può così essere spinto profondamente nell'acetabolo; e i muscoli abduttori possono essere messi, abbassando il loro punto d'inserzione, nel giusto grado di tensione.

L'articolazione è esposta con un'incisione antero-esterna. L'arto è fissato in estensione e in abduzione a 25°. L'apparecchio gessato è tenuto per 4 settimane; indi movimenti passivi e attivi.

Questo procedimento adottato nel 1916 per le pseudoartrosi consecutive a fratture del collo del femore, fu nel 1922 esteso alla cura dell'artrite deformante dell'anca. È stato finora applicato in 25 casi; nell'insieme, con buoni risultati.

A. CHIASSERINI.

VASI SANGUIGNI.

Contributo allo studio della trombo-angioite obliterante.

(MILLER e MELENEY. *Ann. of Surgery*, maggio 1925).

È una malattia cronica dei vasi che si credeva propria degli Israeliti Russi e Polacchi. Colpisce per lo più i giovani di sesso maschile, in uno o più arti. Si inizia con dolore e senso di freddo e pallore. A questi sintomi dopo un periodo variabile, anche di anni, segue la gangrena, per lo più secca. Il dolore allora si fa atroce, insopportabile. I vasi non sono palpabili nè si sentono pulsare. Gli AA. ne hanno studiato 28 casi in Cina, dei quali uno in una donna.

I malati non presentavano nè nell'anamnesi nè nell'esame obbiettivo nulla di speciale che potesse appoggiare qualcuna delle varie teorie emesse per spiegare la malattia.

Molto spesso la malattia mostrava non una tendenza a diffondersi lungo i vasi, ma appariva a focolai di modo che a tratti di vaso occlusi seguivano in alto e in basso tratti sani, e poi di nuovo tratti occlusi. Presentano interessanti radiografie di arti amputati colle arterie iniettate che dimostrano come i tronchi principali e anche i secondari presentino tratti occlusi con un corrispondente sviluppo di una abbondante circolazione collaterale.

Dallo studio istologico di tratti di vasi lesi appare evidente trattarsi di un processo infiammatorio accompagnato da abbondante migrazione di polinucleari.

In un caso, in una vena, in mezzo a un trombo hanno trovato un focolaio purulento. I trombi in seguito si organizzano e talora non occludono completamente il vaso, ma più spesso sì. Possono in seguito ricanalizzarsi e poi occludersi nuovamente.

Hanno notato spesso interessati dalla malattia le arterie dei tronchi nervosi e a questo fatto attribuiscono importanza nella genesi del dolore. I tronchi nervosi stessi però non hanno mai presentato lesioni di nessun genere. In 3 casi che mostravano una trombosi dell'a. poplitea si ebbero ulcere trofiche del calcagno. In circa il 30 % dei casi si ebbe una guarigione spontanea di almeno un focolaio della malattia. Ciò vuol dire che il processo si era spento e si era sviluppata una sufficiente circolazione collaterale. Se questa si stabilisce quando si è già avuta la morte di un segmento di arto, si avrà una rapida e netta demarcazione fra il morto e il vivo. Lo studio di un segmento di arto amputato offre aspetti caratteristici sopratutto per i differenti stadi del processo che mette in evidenza.

Gli AA hanno quasi in tutti i loro casi pro-

ceduto ad operazioni demolitive, tenendosi al disopra o al disotto del ginocchio a seconda che l'a. poplitea appariva occlusa o pervia. I loro casi sono stati però casi molto gravi. Credono che nei casi che non mostrano un decorso rapido, ma invece una tendenza alla netta demarcazione è bene attendere e usare quei mezzi che favoriscono il ristabilimento di una circolazione collaterale e il distacco di parti gangrenose. Solo la metà dei loro operati guarì per primam. Negli altri si ebbero necrosi dei lembi o infezioni della ferita. Naturalmente non si può, anche con interventi radicali, prevenire una più alta recidiva del male.

MANFREDO ASCOLI.

Evoluzione isto-fisiologica della vena in seguito alla sua obliterazione sperimentale.

(L. BINET et J. VERNE. *La Presse médicale*, n. 46, 1925, p. 761).

È sembrato interessante agli AA. di studiare lo stato anatomico della vena allorchè se ne sopprime sperimentalmente la funzione, per trombosi o per legatura.

All'uopo iniettarono nella vena marginale dell'orecchio dei conigli 1 cmc. di soluzione di salicilato di sodio al 30 % (densità del liquido: 5,75), adoperato da Sicard nel trattamento delle varici. Sacrificarono gli animali in lasso di tempo vario da pochi giorni a 35-40 giorni, per stabilire l'evoluzione delle lesioni determinata dall'azione caustica del liquido iniettato, il quale produce un'endoflebite, ed in seguito ad essa formazione di coagulo, che si organizza.

Lo studio istologico della parete venosa dimostra che le cellule endoteliali perdono il loro aspetto appiattito, divenendo globose, proliferando per divisioni dirette. Si ha un ritorno delle cellule endoteliali in cellule mesenchimali indifferenziate, le quali si insinuano nel coagulo sanguigno, che poco a poco si organizza.

Anche le fibre muscolari liscie divengono globose o stellate. Le fibre elastiche invece non subiscono alcuna modificazione.

Il coagulo sanguigno obliterante la vena si organizza, invadendo elementi mesenchimali provenienti dalla parete, si trasforma lentamente in un cordone fibroso, con fibre collagene e cellule connettivali, leucociti e rari globuli rossi.

Gli AA. rilevano esser dovuto alla corrente sanguigna la differenziazione degli elementi costituenti la vena, i quali subiscono per la cessata funzione una perdita dei caratteri differenziali primitivi.

IURA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

U. FABRIS. *La Patologia Chirurgica delle occlusioni intestinali meccaniche*. Vicenza, Tipografia G. Rumor, 1925.

L'A. tratta unicamente quelle forme di ostruzione meccanica prodotte da egagrofili, enteroco-liti, calcoli fecali, elminti e corpi estranei in genere, mettendo in evidenza i fattori causali che possono provocare la formazione di detti corpi ostruenti, la sintomatologia clinica, il decorso e dando le opportune norme per la cura.

Il lavoro è corredato di interessanti casi clinici osservati personalmente dall'A. e di ricerche sperimentali sulla tossicità degli ascaridi e sulla ostruzione da calcoli.

Completa il volume un lungo elenco bibliografico sull'argomento comprendente 508 lavori.

G. MATRONOLA.

GRAMMEL R. *Principi teorici della meccanica articolare*. — HORT E. *Metodi grafici per la dimostrazione dei movimenti volontari normali e patologici*. Urban e Scharzenberg, Vienna e Berlino, 1924. Marchi oro 5,40.

Sotto la guida di Abderhalden, ben 500 collaboratori rappresentano la falange degli studiosi raccolti a dettare un trattato sui metodi di ricerche biologiche. La presente dispensa (153ª) riguarda la fisiopatologia dei muscoli e nervi e spiega nella prima parte la teoria della meccanica articolare.

Sarebbe difficile stabilire aprioristicamente e spassionatamente quanti metodi possono essere in grado di apprezzare nel completo valore tale pubblicazione, dal momento che essa è letteralmente infarcita di formulet matematiche ed algebriche e base di equazioni di formule e di postulati, in cui tutte le lettere greche sono state adoperate per rendere più chiara e piana ogni dimostrazione. Dell'autore, tuttavia appare evidente il dominio perfetto e della matematica e della medicina.

Contrasta con questo, la semplicità della 2ª parte nella quale sono descritti i metodi usati correntemente per la dimostrazione grafica dei movimenti volontari attivi e passivi in condizioni normali patologiche.

Coloro che s interessano degli argomenti accennati potranno consultare utilmente la pubblicazione. E. M.

A. DE CASTRO. *Complicazioni postoperatorie e loro terapia*. Tip. Edit. Binomio Fortunato, Rho.

L'A. in considerazione della importanza della cura postoperativa in chirurgia si occupa, dove più, dove meno succintamente, di quasi tutte le

eventualità, le quali, tanto in decorso normale, che intercedenti quali complicanze, possono seguire all'intervento chirurgico.

Ed in numerosissimi capitoli quindi tratta dall'assistenza all'operato in camera operatoria, a quella a letto ed alla ulteriore cura fino alla guarigione.

È ricca di dettagli la parte che riguarda la patogenesi e la terapia delle complicanze post-operatorie, le quali sono succintamente trattate, divise in capitoli diversi secondo gli organi, sui quali si interviene, e secondo le diverse operazioni, che su di essi si possono compiere.

La estensione della materia da svolgere rendeva l'opera dell'A. difficilmente contenibile in un solo volume, ma una sintesi, quasi sempre felicemente compiuta, degli argomenti trattati, rende il lavoro proficuo ed utile.

Il volume in-8°, consta di 466 pagine in buona carta ed ottima stampa.

JURA.

S. VACCHELLI. *Istituto Codivilla in Cortina d'Ampezzo.* 1° Rendiconto Clinico. Bologna, 1925.

Preceduta da un'ampia prefazione del professor Putti, il volumetto del Vacchelli nasconde sotto il modesto titolo di rendiconto clinico, l'esperienza personale su un cospicuo materiale d'osservazione seguito amorosamente durante molti mesi.

Il lungo studio con il quale è stato creato l'Istituto Elioterapico Italiano, documentato da un'infinità di notize, diagrammi e schemi riassuntivi, riguardanti il clima, i venti, l'esposizione degli ambienti, la divisione del lavoro dànno alle pagine scritte con tanta semplicità e chiarezza un tale senso di serietà da convincere indiscutibilmente della bontà del lavoro eseguito. Che del resto tale premessa sia quasi superflua lo dimostrano i risultati ottenuti e di cui parlano eloquentemente le fotografie dei malati riprodotte prima e dopo la cura.

I pazienti ricoverati all'I. E. I. erano quasi tutti affetti da forme chirurgiche di tubercolosi e molti di essi tornarono alle loro case guariti, guariti clinicamente e radiograficamente, altri migliorati di molto.

Nè la possibilità di un'intensa e prolungata irradiazione solare permessa dalle peculiari condizioni atmosferiche e metereologiche, impedì una cura eclettica, chè alla elioterapia naturale furono associate cure ortopediche, la roentgenterapia ed elioterapia artificiale; la terapia cosidetta specifica e le cure medicamentose.

Di tali grandissimi benefici si giovarono non solo i malati abbienti accolti nei pensionati, ma anche coloro che privi furono inviati all'Istituto dagli Enti di beneficienza e adunati in una 3ª classe speciale.

È desiderio quindi, diremmo meglio e più volentieri obbligo di ogni buon italiano, augurarsi che l'Istituto intitolato al grande Codivilla « *Vivat, crescat, augeat!* ».

E. M.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXIV Congresso Ostetrico-Ginecologico Italiano.

(Roma, 17-19 dicembre 1925).

Presidenza:
Prof. sen. PESTALOZZA, *Presidente*
Prof. ALFIERI (Pavia), *V. Presidente*
Prof. MIRANDA (Napoli), *V. Presidente.*

Si è svolto nella R. Clinica Ostetrico-Ginecologica.

All'inaugurazione sono presenti circa 250 congressisti. Alla seduta inaugurale intervenne il ministro della pubblica istruzione, on. FEDELE. Vi erano i rappresentanti del Governatore di Roma, degli Ospedali, della Provincia, dell'Università, della Direzione generale di Sanità Pubblica ed altre personalità. Alla presidenza erano il prof. sen. PESTALOZZA, il prof. MICHELI, il prof. ROCCHI della Presidenza della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia che ha preparato il Congresso.

Il sen. PESTALOZZA rievoca le conquiste della Ostetricia e della Ginecologia di oggi, rievocà la *storia della Scuola Ostetrica Romana*, dall'Asdrubali (1787-1827), noto per il suo trattato di Ostetricia, al Manni (1827-1830), al Leonardi (1830-1837), al Savetti (1838-1855), al Panunzi (1855-1874), al Pasquali (1875-1906), del quale il prof. Pestalozza è successore nella direzione della Clinica.

Il merito del Panunzi e del Pasquali fu grande per aver iniziato un vero insegnamento clinico, prima di loro solo teorico. Il Pasquali del quale oggi si celebra il centenario della nascita fu il creatore della bella clinica odierna, fu il primo che dette agli studenti e alle levatrici un insegnamento pratico nelle camere da parto.

Del Pasquali rievoca la vita con commossa parola il prof. ROSSI-DORIA in nome di tutti gli allievi del vecchio professore, del prof. Micheli che al Pasquali successe nella direzione della Maternità degli Ospedali di Roma. del prof. Rocchi e degli altri tutti ora valorosi ostetrici.

L'on. FEDELE ringraziò per le accoglienze ricevute; si disse persuaso dell'alto valore sociale degli studi ostetrici e ginecologici, come lo hanno dimostrato le recenti provvidenze legislative, a protezione della Maternità, del Governo nazionale.

Parlarono il rappresentante del Governatore di Roma prof. PEDICONI, quello degli Ospizi Marini di Roma (creati dal Baccelli, dal Pasquali, dal Pericoli) prof. LAURENTI.

In ultimo venne scoperta una bella targa di marmo che ricorderà alle venture generazioni di

studenti il prof. Pasquali, maestro di Ostetricia per ben 37 anni nell'Università di Roma.

La Presidenza del Congresso fu costituita così: prof. sen. PESTALOZZA, presidente; prof. ALFIERI (Pavia), prof. MIRANDA (Napoli), vice-presidenti; prof. BOMPIANI, dott. ALBANO (Roma), segretari; dott. RUSSI (Roma), vice-segretario.

Dopo la seduta inaugurale iniziarono i lavori scientifici del Congresso con la Relazione letta dal prof. DECIO, direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica di Siena:

Costituzioni organiche e malattie ginecologiche.

Possiamo definire con Pende la costituzione organica come la risultante morfologica, fisiologica e psicologica, variabile da individuo ad individuo, delle proprietà di tutti gli elementi cellulari ed umorali del corpo, nonchè della loro combinazione in un tipo generale di fabbrica corporea, in uno speciale stato cellulare avente un suo proprio equilibrio e rendimento funzionale, una data capacità di adattamento e maniera di reagire agli stimoli dell'ambiente.

Tale stato è essenzialmente determinato dalle leggi dell'eredità e secondariamente dalle azioni perturbatrici esercitate dall'ambiente sull'attuazione del piano ereditario di organizzazione dell'individuo.

I criteri sui quali ci basiamo per la determinazione dei tipi costituzionali sono di vario genere.

Importanza fondamentale ha il criterio morfologico secondo i concetti di De Giovanni e della sua scuola. L'indagine morfologica esterna deve essere completata collo studio morfologico e volumetrico degli organi interni e dall'indagine biochimica. Anello di congiunzione tra ricerca morfologica ed indagine biochimica è lo studio delle capacità e caratteristiche funzionali dell'apparato endocrino che è destinato a stabilire la coordinazione tra le singole parti dell'organismo, insieme al sistema nervoso. A queste ricerche deve unirsi infine l'indagine funzionale del sistema vegetativo e della psiche. Questi criteri fondamentali possono poi essere sussidiati da altri, ognuno dei quali può in singoli casi assumere particolare importanza (tono muscolare, colorito della pelle, colorito e distribuzione dei peli, caratteristiche del ricambio organico, ecc.). Bisogna pure tener conto dell'età e del sesso dei singoli individui presi in esame.

Dalla combinazione degli elementi morfologici e funzionali ricordati risultano tipi costituzionali che, con particolare riferimento al sesso femminile, possono essere distinti come segue.

Incontriamo anzitutto un tipo costituzionale che corrisponde per così dire alla normalità. Si tratta di individui che si avvicinano in qualche punto alle caratteristiche del bambino, ma non presentano nessuna analogia cogli infantilismi perchè sono invece bene adatti a corrispondere alle esigenze della vita e dell'ambiente. Dal punto di vista morfologico questo tipo ha in comune qualche dato di ipoevoluzione colla III combinazione morfologica di De Giovanni; non è però assolutamente identificabile con questa.

Infatti la donna ben proporzionata ha in confronto coll'uomo, pure idealmente proporzionato e della stessa statura, il tronco più voluminoso rispetto agli arti, gli arti inferiori più corti, inferiore il valore toracico, eccedente il valore addominale totale. D'altra parte la massa del tronco non è eccedente in senso assoluto e l'addome inferiore prevale sul superiore al contrario di quanto si verifica nella predetta combinazione morfologica. In questo tipo morfologico si ha di solito differenziazione sessuale completa tanto dal punto di vista fisico quanto da quello morale. Le funzioni sessuali si compiono regolarmente, rare sono le malattie ginecologiche. Anche l'intelligenza e la psiche presentano caratteristiche del tutto femminili.

Da questo tipo ben proporzionato, ma tendente in confronto all'uomo ad un certo grado di brevilinearità e megalosplancnia, si può passare per esagerazione della massa corporea ed ulteriore aumento dei valori dell'addome alla vera III combinazione morfologica colle sue caratteristiche funzionali e la sua patologia particolare. Possiamo distinguere tra questi individui due varietà, la prima caratterizzata da ricchezza di elementi linfatici, da esuberante circolazione venosa, da particolare sviluppo del cuore destro con tendenza alla stasi nelle parti declivi del corpo; l'altra contraddistinta da uno sviluppo preponderante del cuore sinistro ed eccesso dell'intero sistema circolatorio rispetto all'organismo.

In un altro tipo costituzionale la caratteristica ci è data dallo sviluppo prevalente del corpo nel senso della lunghezza, dal predominio degli arti sul tronco, del torace sull'addome, dei diametri trasversali sugli antero-posteriori. Si tratta di un tipo che in fondo corrisponde alla I combinazione morfologica di De Giovanni, un tipo cioè iperevoluto e che sarebbe più proprio del maschio che della femmina e che in questa, specialmente nei gradi più spiccati, si associa spesso a manifestazioni morbose dei genitali ed a forme più o meno evidenti di mancata differenziazione sessuale (tipo intersessuale del Mathes).

Una varietà importante di questo tipo microsplancnico e longilineo, caratterizzata da ipoevolutismo del sistema muscolo-legamentoso, del sistema cardiovascolare, da facile esauribilità ed ipersensibilità del sistema nervoso è il cosidetto tipo astenico. Molto frequente si riscontra in questi soggetti l'enteroptosi generalizzata. In questi individui si riscontra anche con facilità una serie di disturbi, molte volte puramente funzionali, a carico degli organi addominali, specialmente dell'apparato digerente e di quello genitale. Sono frequenti le irregolarità mestruali, la dismenorrea, gli spostamenti uterini.

Oltre ai tipi costituzionali finora descritti, che sono compresi in ultima analisi nei due tipi fondamentali rappresentati dalla I e III combinazione morfologica, ne esistono altri che si distinguono in base ad altri criteri. Primeggia tra essi l'infantilismo, sia esso generalizzato, sia parziale. Particolarmente importanti sono per noi gli arresti di sviluppo che riguardano il bacino e l'ap-

parato genitale ed universalmente note le alterazioni morfologiche corrispondenti.

Fino ad un certo punto potrebbe considerarsi come uno stato contrario a quello dell'ipoplasia genitale il cosidetto ipergenitalismo caratterizzato da particolare precocità ed attività delle funzioni sessuali e da un accentuato sviluppo dei caratteri sessuali secondari.

Questo stato di cose è talora in rapporto non con ipergenitalismo primario, ma con anomalie di altre ghiandole endocrine.

Le anomalie delle ghiandole endocrine hanno grande importanza per la determinazione del tipo costituzionale; volendo però riferirci solo alle alterazioni ben definite di esse, dobbiamo riconoscere che nel maggior numero dei casi ci troviamo di fronte piuttosto a malattie costituzionali, malattie che sono bene conosciute anche nella loro sintomatologia genitale.

L'influenza del tipo costituzionale è manifesta tanto nello svolgersi dei processi sessuali fisiologici, quanto nello stabilirsi di malattie ginecologiche. In linea generale dobbiamo riconoscere che le funzioni genitali si compiono regolarmente in quegli individui che hanno un tipo morfologico corrispondente alla norma, presentano invece frequenti anomalie negli altri tipi costituzionali. Le funzioni sessuali rappresentano, per così dire, la pietra di paragone della bontà del tipo costituzionale.

L'epoca di comparsa della prima mestruazione, il carattere delle successive, lo stabilirsi della menopausa sono influenzati da fattori costituzionali. Talvolta manifestazioni analoghe possono essere dovute a stati costituzionali diversi. Possiamo osservare amenorrea ed oligomenorrea per infantilismo, per obesità, associata o meno a linfatismo, per incompleta differenziazione sessuale, per anomalie endocrine (stato timico, eunucoidismo, sindromi plurighiandolari).

Mestruazioni precoci possiamo trovare tanto in individui robusti, quanto in individui appartenenti al tipo astenico. Mestruazioni abbondanti ed avvicinate possiamo osservare tanto nel tipo microsplancnico quanto nel macrosplancnico.

A mio credere hanno grande importanza a questo proposito i fatti di pletora o generalizzata o localizzata all'addome, fatti che possiamo riscontrare in tipi morfologici opposti.

Questa constatazione si ripete anche nel campo schiettamente patologico delle metrorragie essenziali nelle loro varie forme, e si spiega data la molteplicità dei fattori che contribuiscono a determinare ed a regolare lo svolgersi del processo mestruale. Possiamo così osservare metrorragie della pubertà in tipi clorotici con ipoplasia uterina probabilmente in rapporto con alterazioni dell'attività ovarica, in tipi megalosplancnici con pletora addominale, in individui astenici per l'abnorme reazione del sistema vegetativo agli stimoli ormonici.

Fattori pressapoco simili troviamo nella genesi delle menorragie e metrorragie dell'età matura e climateriche.

Tra le dismenorroiche sono di gran lunga prevalenti gli individui appartenenti al tipo astenico sia o meno l'astenia associata ad ipoplasia uterina.

La menopausa precoce può verificarsi tanto in individui con stimmate d'infantilismo, e di intersessualità quanto in individui del tipo megalosplancnico, specialmente se associato ad obesità. La menopausa tardiva è spesso espressione di pletora pelvica.

La sintomatologia climaterica è molto scarsa negli individui appartenenti ad un tipo morfologico normale; molto più complessa negli altri tipi costituzionali. L'aumento dell'adipe, la distribuzione di questo, la comparsa di caratteri eterosessuali sono in intimo rapporto colla costituzione dell'individuo. Molti fenomeni climaterici (fenomeni vasomotori, algie, ecc.), sono dipendenti da iperfunzione tiroidea e si osservano specialmente nei tipi appartenenti alla I combinazione morfologica con note di intersessualità.

Nelle asteniche si hanno piuttosto fatti di ipotiroidismo. Questi predominano anche nelle donne appartenenti alla III combinazione morfologica (accumulo di adipe, alterazioni cutanee). Tanto nelle megalosplancniche quanto nelle asteniche sono frequenti i sintomi a carico degli organi addominali, sintomi che hanno la loro prima origine in disturbi circolatori, specialmente in congestioni venose.

Tra le numerose cause di sterilità sono largamente rappresentate le anomalie costituzionali. Grande importanza spetta in primo luogo al fattore ipoplasico. Varie disfunzioni endocrine meritano di essere tenute in considerazione, malgrado non sia sempre evidente il nesso intimo di esse colla sterilità. Le anomalie costituzionali possono probabilmente essere causa di sterilità anche producendo un'alterazione delle secrezioni genitali incompatibile colla vita dei prodotti sessuali. Oltre all'infantilismo ha importanza a questo proposito l'astenia e le alterazioni del sistema vegetativo. Una certa parte come causa di sterilità sembra debba attribuirsi anche a fattori psichici quali spesso si osservano nell'infantilismo e nell'intersessualità.

I fattori costituzionali, dal più al meno quelli prima ricordati, hanno importanza per spiegarci in molti casi la genesi del cosidetto *fluor*. Lo stesso si dica del vaginismo quando non esistano lesioni obbiettive.

All'astenia estrinsecantesi in difettoso sviluppo ed in rilasciamento dell'apparato sospensore e di sostegno dell'utero dobbiamo ricorrere per spiegarci la genesi di spostamenti uterini e di prolassi quando manchino le solite cause.

I miomi uterini presentano rapporti abbastanza intimi per quanto non del tutto chiari con fattori di carattere costituzionale. Sembrano colpiti in prevalenza individui megalosplancnici. Da ricerche ancora inedite risulta che nelle donne affette da fibroma esiste un aumento dell'area cardiaca. Anche il fascio vascolare appare più largo. Questo forte sviluppo dell'apparato cardiovascolare è probabilmente correlativo e non dipendente dal tumore. Ricerche ancora inedite di-

mostrano costantemente aumentato il metabolismo basale e cioè esaltata l'attività tiroidea.

Tra le affette da carcinoma uterino prevalgono gli individui appartenenti alla II e III combinazione morfologica. Secondo taluni sarebbero più frequenti i tipi astenici nelle carcinomatose giovani.

Non è noto nulla di preciso sui rapporti fra tumori ovarici benigni e costituzione generale.

È probabile che alterazioni anatomiche e funzionali delle tube, legate a costituzione deficiente (infantilismo, intersessualità, stato linfatico), determinino una predisposizione allo sviluppo extrauterino dell'uovo.

È probabile che fattori analoghi determinino una maggiore predisposizione a fatti infiammatori di natura infettiva, in confronto degli individui a costituzione non deficiente e possano essere causa di maggiore durata e gravità dell'infezione stessa.

Una migliore conoscenza dei fattori costituzionali deve portare con sè un indirizzo più razionale della terapia. In aggiunta ed in taluni casi in sostituzione delle cure locali occorre mettere in opera una serie di procedimenti terapeutici destinati a migliorare la costituzione generale. Appartengono a questi procedimenti le cure climatiche, gli esercizi ginnastici, le cure idriche, i massaggi praticati secondo norme speciali. Hanno pure importanza cure ricostituenti medicamentose ed opoterapiche. In altri casi possono essere indicati mezzi speciali come la psicoterapia. Sembra razionale un uso del salasso più frequente di quanto non si faccia attualmente a scopo depletivo, disintossicante, stimolante.

Seguono alla Relazione le comunicazioni individuali di argomento affine.

Dott. TEMESVÁRY (Breslau). — *L'anomalia costituzionale come etiologia nelle donne con ernie e prolassi contemporanei.* — Basandosi su 15 casi osservati nella Clinica di Firenze (prof. FERRONI) vuol riconoscere l'O. l'etiologia di prolassi ed ernie in alcuni caratteri costituzionali delle donne (astenia, debolezza congenita od acquisita dei tessuti connettivi e muscolari del bacino, minor inclinazione di questo, congenita ampiezza della distanza fra i muscoli elevatores ani, direzione più verticale della vagina). Uguali caratteri costituzionali per la disposizione dei mm. addominali, dei canali inguinale e crurale portano alla formazione erniaria intestinale.

Dott. ORRU MICHELE (Sassari). — *Grave sindrome costituzionale con prevalenza di caratteri sessuali maschili da tumore ovarico.* — Espone un caso in cui un tumore ovarico da probabile origine luteinica diede origine ad una sindrome di disfunzione endocrina, nella quale predominavano i caratteri sessuali maschili secondari, succeduti alla scomparsa della mestruazione.

Prof. BOMPIANI ROBERTO (Roma). — *Il salasso ripetuto quale mezzo sussidiario nella terapia di alcuni disturbi inerenti ad alterata funzione mestruale.* — Il metodo proposto fu dall'O. esperimentato in sei casi con piccole sottrazioni sanguigne non trascurando naturalmente la cura opoterapica ed altri rimedi sintomatici. I risultati furono in complesso buoni, pur se solo, in parte, possano attribuirsi alla azione derivativa stimolante e disintossicante del salasso.

Alla discussione sul tema di Relazione, dopo queste comunicazioni, presero parte:

Prof. VIANA (Verona). — Osserva che occorre diffondere lo studio morfologico, integrandolo con quello biologico dei casi. Propone l'adozione di una *scheda* da annettere alla scheda clinica perchè siano in essa contemplati studio morfologico e prove farmacodinamiche che nelle forme discriniche gravi sono utile elemento di studio.

Prof. BOLAFFIO (Roma). — Riferisce sue osservazioni su 10 casi di metrorragia della pubertà con concomitante trombopenia, che, secondo l'O., deve aver importanza essenziale nella loro determinazione.

Prof. ALFIERI (Pavia). — Rileva che al fattore costituzionale è riconosciuto oramai importanza preponderante nella fisiopatologia mestruale, soprattutto nella sterilità, nell'astenia in rapporto con gli spostamenti uterini, così nella genesi dei prolassi genitali dove può avere un'importanza superiore al fatto traumatico derivante dal parto.

Anche nel campo dell'oncologia il fattore costituzionale ha la sua importanza, come è detto anche da FICHERA. Ritiene la costituzione individuale modificabile per adatto trattamento nel periodo prepubere e durante la pubertà, insistendo sull'utilità della profilassi ginecologica. È convinto che un campo aperto di studio è quello degli innesti organici eseguito in età giovanile per correggere le deficienze costituzionali.

Prof. COVA (Palermo). — Dà conferma a quanto ha detto il prof. ALFIERI circa la grande tendenza alle recidive dei prolassi delle nullipare, che depone per la genesi costituzionale di essi prolassi.

Il relatore prof. DECIO (Siena), rispondendo ai vari oratori, osserva che solo da un gran numero di osservazioni potranno esser tratte le prime utili conclusioni sull'argomento. Trova naturale siano utili le ricerche farmacodinamiche, specie sul contegno del sistema nervoso vegetativo. Riconosce importante lo studio dei rapporti fra stati costituzionali e patogenesi dei prolassi genitali, importantissimo un avviamento ad una sistemata profilassi ginecologica a questo riguardo. Non è propenso ad ammettere nella trombopenia un fattore essenziale nella determinazione delle metrorragie della pubertà.

Dice importante lo studio su cui ha riferito il dott. TEMESVÁRY, ed interessante il caso clinico del dott. ORRU per quanto la sindrome da lui descritta non gli sembri meriti la denominazione di costituzionale. Del salasso, del quale ha parlato il prof. BOMPIANI, ha detto nella sua relazione. Non ritiene però che le osservazioni riferite da lui dimostrino l'efficacia disintossicante dell'emorragia mestruale la cui tossicità del resto ha ben poca base sperimentale, mentre il miglioramento osservato dopo il salasso dal BOMPIANI può esser spiegato in altro modo. Prof. C. MICHELI.

(*Continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Meningite in corso di endocardite lenta.

F. Micheli ha presentato in una lezione raccolta da P. Pietra (*Minerva medica*, 10 aprile 1925) una malata che aveva febbre irregolarmente intermittente, ad inizio insidioso ed a decorso protratto, in un quadro patologico complesso in cui figuravano: un duplice vizio valvolare di origine reumatica (stenosi ed insufficienza mitralica, insufficienza aortica) ed altri fenomeni significativi quali un discreto grado di anemia, le dita a bacchetta di tamburo, un voluminoso tumore di milza, ecc. Tutti fatti più che sufficienti per dimostrare che si trattava di endocardite lenta.

In questa malata, insorse cefalea intensa, seguita da vomiti ripetuti; si ebbe Brudzinski e Kernig positivi e rigidità della nuca e del dorso, tutti fenomeni che dimostravano l'insorgenza di un processo meningitico. Questo venne confermato dal reperto del liquor, fuoriuscente con discreta pressione, di aspetto smerigliato con reazione di Nonne debolmente positiva, reazioni di Boveri e di Pandy positive, di Weichbrodt negativa, sedimento scarso, data quasi esclusivamente da polinucleari neutrofili e da emazie, senza forme batteriche.

Anche a prescindere dai risultati dell'esame del liquor, questa forma di leptomeningite deve senz'altro attribuirsi allo stato di sepsi cronica che trae la sua sorgente precipua dalle vegetazioni polipose endocardiche, in cui pullula l'agente morboso abituale, lo streptococcus viridans. L'infiammazione meningea deve quindi essere interpretata come una nuova localizzazione metastatica dello stesso agente infettivo che sostiene l'endocardite.

Non è affatto in contrasto con questo modo di vedere l'esito ripetutamente negativo delle emocolture; questi reperti negativi, di fatto sono tutt'altro che rari specialmente nelle forme di endocardite a decorso squisitamente cronico e mite. Questi periodi abatterici, però, non garantiscono da nuove localizzazioni del processo morboso.

La localizzazione nelle meningi nell'endocardite lenta, dà di solito sempre lo stesso quadro morboso, con una sindrome non molto violenta nè molto complessa, in rapporto con l'attività patogena relativamente debole dello Streptococcus viridans. I fenomeni meningei vengono a complicare il quadro dell'endocardite in un periodo piuttosto tardivo e sono perciò facilmente riferibili ad essa. Più facilmente misconosciuta ne risulta la causa quando invece essi insorgono in un periodo precoce, sicchè l'apprezzamento della vera natura della meningite presenta delle difficoltà. Queste non sono insormontabili quando si ponga mente alla coesistenza di un vizio valvolare, in un tumore di milza ed, eventualmente di altri fenomeni dell'endocardite lenta.

Generalmente il processo si attenua e scompare, sicchè la morte avviene in seguito per altre cause dopo la risoluzione del processo meningeo.

Nella malata in questione, sono state praticate iniezioni endorachidiane di urotropina al 25 ed al 40 %. Il quadro meningitico si è andato attenuando fino a scomparire; si ebbero poi delle riprese di cefalea, in una delle quali la malata presentò contrazioni cloni ed emiparesi sinistra dileguatasi nel corso di una notte.

il.

Reumatismo cardiaco evolutivo e miocardia.

Il reumatismo artic. ac. è, dicono Doumer e Alphaut (*Gaz. des hôp.*, n. 98, 7 ottobre 1925) una infezione tenace che non si spegne del tutto col cessare delle manifestazioni articolari. Ugualmente si può dire per le sue complicazioni cardiache. Talora si assiste alla comparsa di una sindrome precoce, ribelle di insufficienza cardiaca che le lesioni valvolari non bastano a spiegare, e che si deve attribuire alla persistenza della infezione. È questo che costituisce il reumatismo cardiaco evolutivo.

All'autopsia si trovano, su lesioni valvolari antiche, granulazioni fibrinose, semimolli, quasi trasparenti, simili a dei piccoli granuli di semola dovute a un processo reumatico recente. Ma ciò non è sufficiente a spiegare il fallimento del cuore rapido e fatale. Si penserebbe volentieri a una miocardite; la miocardite reumatica coi classici nodi di Aschoff esiste ma pare molto rara, e di più, ricerche accuratissime non mostrano in questi casi lesioni miocarditiche.

Walser in un notevole lavoro sulla *miocardia* parla di insufficienze cardiache funzionali; in altri termini, col dire miocardia si intende, che, almeno in alcuni casi, si deve ricercare la causa del fallimento cardiaco più lungi che nelle lesioni macro e microscopiche, ma che si hanno delle serie ragioni per ammettere l'intervento possibile di fattori differenti: nervosi, endocrinici e umorali.

Gli AA. portano un caso di reumatismo cardiaco evolutivo che obbliga, secondo essi, a pensare a fattori del genere.

Si trattava di un malato con lesione valvolare (cioè insufficienza mitralica) d'origine reumatica,

assai antica e perfettamente compensata. Un nuovo attacco di reumatismo che si impianta di nuovo sull'endocardio, lo getta in una insufficenza cardiaca rapidamente mortale.

La lesione valvolare era troppo bene compensata per poter giustificare lo scompenso irrimediabile; l'endocardite reumatica recente troppo lieve e troppo lontana dal miocardio per spiegare l'asistolia; nè d'altra parte si trovarono lesioni del miocardio suscettibili di chiarire il fallimento del cuore.

Si deve considerare questo caso come una di quelle insufficenze cardiache funzionali il cui meccanismo è ancora ignoto.

L'autopsia rilevò anche una polmonite tubercolare del lobo superiore del polmone destro, ed una tubercolosi della surrenale di sinistra. Ora i lavori di Josué sembrano dimostrare che la deficenza delle secrezioni surrenali può essere un fattore di insufficienza cardiaca. Non potrebbe darsi che la surrenale ancora funzionante, sia divenuta improvvisamente insufficente al risvegliarsi della infezione reumatica, o perchè questa le impose un sopra lavoro o perchè la lesionò direttamente? L'A. confessa che una conclusione non è possibile, ma che il fatto va ricordato. L. TONELLI.

Dolore alla pressione delle vertebre nelle insufficienze mitraliche scompensate.

Il segno di Petruschky (dolore alla compressione delle prime 4-5 apofisi spinose dorsali) e quello di d'Espine (ascoltazione della voce sussurrata posteriormente lungo la trachea) sono considerati dai tedeschi, come i segni più sicuri per la diagnosi di adenopatia tracheo-bronchiale.

Loewenstein (*Med. Klin.*, n. 14, 1925) ha constatato invece che le insufficienze mitraliche in stato di scompenso grave, possono determinare gli stessi sintomi anche quando l'esame radioscopico, le reazioni biologiche alla tubercolina, l'autopsia escludono la presenza di adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare.

Tali sintomi non si hanno mai negli aortici. Nei mitralici si accompagnano a fibrillazione auricolare con dilatazione dell'orecchietta sinistra. La spinalgia sarebbe dovuta ai rapporti dei rami d'origine delle vie simpatiche del plesso cardiaco con i primi quattro rami comunicanti dorsali e in particolare con le fibre che traversano, con il ramo meningeo, la parete ossea del canale rachidiano.

Il segno di d'Espine si spiegherebbe con l'aumento di volume dell'orecchietta sinistra che realizza una atelettasia del bordo posteriore del polmone sinistro e che permette una migliore trasmissione dei rumori tracheali alla parete posteriore del torace. A. POZZI.

Disturbi visivi dovuti alla digitale.

L'uso della digitale, osservano H. B. Spragne, P. D. White e J. F. Hellogg (*The Jour. of Am. Med. Ass.*, 5 settembre 1925), fu introdotto nel 1785 da Withering e fin d'allora furono da lui descritti, tra gli altri disturbi che il medicinale può provocare, quelli dell'apparato visivo.

In seguito le comunicazioni in proposito si moltiplicarono. Si tratta per lo più di casi in cui la digitale fu somministrata o in dosi errate, o in individui estremamente sensibili.

I disturbi più comuni sono a carico della visione dei colori, e per lo più gli oggetti appaiono in giallo o in verde; più di rado in rosso o in turchino. Tale discromatopsia si verifica tanto alla luce del sole che a quella artificiale.

Si può poi avere un abbassamento dell'acutezza visiva, una paralisi dell'accomodazione, una difficoltà nel leggere lo stampato, anche se di notevoli dimensioni.

Altre volte la visione diviene incerta, nebulosa, e possono apparire fosfeni e scotomi.

Più di rado è stata descritta la diplopia, il bruciore agli occhi, l'arrossamento delle congiuntive, la congestione pericorneale. In casi di avvelenamenti serii si è giunti ad una vera e propria cecità temporanea ed anche permanente.

Obiettivamente i fatti che possono essere rilevati sono: una modica congiuntivite, disuguaglianze pupillari, esoftalmo e nistagmo. Il reperto oftalmoscopico è stato invece costantemente negativo.

È quindi poco chiaro il meccanismo di produzione dei vari disturbi suddescritti. Si può pensare che la maggior parte di essi sia dovuta ad alterazioni cerebrali, tanto più che spesso vanno associati a cefalea e a disturbi funzionali della retina e del nervo ottico.

E si può anche dire che nemmeno è ben conosciuto l'agente chimico causa di tutti i disturbi, i quali sono stati osservati tanto dopo somministrazione di polvere di digitale, che di digitossina, digalén e prodotti consimili.

Per arricchire la statistica, gli AA. riportano la storia di 7 cardiopazienti trattati con preparati digitalici. In questi casi le dosi furono tutte inadeguate, o per colpa del medico o per errore del malato.

Quattro pazienti accusarono visione gialla, uno giallo-rossastro, e due verde. Tutti si lamentarono di diminuito potere visivo, e tre confessarono di vedere come attraverso un nebbione. Due perdettero il potere d'accomodazione e non riuscivano a leggere; in due casi si ebbero scotomi, e in tre scintillii avanti agli occhi.

In due casi i disturbi visivi precedettero gli

effetti tossici gastro-intestinali e cardiaci, e in due altri apparve contemporaneamente nausea e vomito.

In tre casi, infine, il sintoma principale dell'intossicazione fu l'astenia muscolare, che rese meno evidenti i disturbi visivi.

M. FABRI.

Il trattamento chirurgico della stenosi mitralica.

H. Souttar (*British. med. Journ.*, 3 ottobre 1925) descrive un caso di operazione intracardiaca sull'uomo. Si tratta di una giovinetta ammalata di vizio mitralico con prevalente stenosi, con frequenti scompensi, che aveva già sofferto corea. Ricoverata nel London Hospital nel marzo 1925, data l'impossibilità di ricondurla in uno stato di sufficiente compenso, le frequenti emottisi, la persistente cianosi, fu deciso di tentare chirurgicamente di rimuovere la stenosi mitralica.

Il 6 maggio 1925, sotto anestesia intra-tracheale, fu aperto uno sportello precordiale, mantenendo nella trachea una press. di 15 mm. Hg. Il polso salì a 150, ma dopo una iniezione di strofantina discese a 120. La pressione arteriosa, discesa a 60 mm. Hg. risalì a 90. Inciso il pericardio venne estratta l'auricola, e mantenuta fuori mercè due fili di sutura. Venne quindi incisa ed introdotto l'indice nell'orecchietta, fin sulla valvola mitrale. L'A. aveva intenzione di dividere la cuspide aortica della mitrale con un bisturi bottonato sulla guida del dito, ma poichè la stenosi non era molto serrata, e gli fu possibile dilatare l'orificio mitralico introducendovi il dito, rinunziò a servirsi del bisturi. Nel momento dell'introduzione del dito, che durò pochi secondi, la pressione arteriosa cadde a 0 mm., fu poi tutto suturato: unico inconveniente l'entrata nella pleura di una certa quantità di sangue.

L'operazione durò un'ora. La paziente guarì, e dopo tre mesi appare migliorata nelle condizioni generali, con un polso intorno a 90: ha tuttavia affanno durante le fatiche.

L'A. ricorda gli esperimenti di Allen sugli animali, per la stessa via dell'auricola, con un suo ingegnoso apparecchio ottico, nonchè le esperienze, e l'intervento di Cutler sull'uomo, che con un suo valvulotomo, dalla via ventricolare, riuscì a sezionare la valvola mitrale stenotica.

Osserva che nell'uomo l'intervento vero e proprio sulla valvola non può durare oltre un minuto, per timore di danno ai centri nervosi. Non crede necessario un apparecchio ottico per questi interventi, essendo sufficiente l'esplorazione digitale.

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Trattati di urologia. — All'abb. n. 10032-1:

Può consultare il Compendio di Clinica terapeutica delle malattie urinarie di C. Bruni, di cui la 2ª edizione (Napoli, Idelson, 1921) è notevolmente aumentata. Trattati estesi italiani non esistono; se conosce il francese può vedere quelli del Legueu e del Marion.

R. A.

Propaganda igienica scolastica. — Al dott. E. C. da Vignola, abb. n. 2367:

Non esistono libri del genere da lei desiderato. Può però utilmente consultare i seguenti:

A. PIPERNO. *Salute* (Istituto d'igiene, assistenza e previdenza sociale. Roma). A. SCLAVO. *Per la propaganda igienica.* Paravia ed., Torino. LORICA. *Manuale d'igiene ed assistenza sociale.*

Buona per le le scuole è la *Collana di conferenze d'igiene scolastica*, edita dal Paravia (Torino) di cui però è stato pubblicato soltanto un volumetto che comprende cinque conferenze. Qualche utile indicazione si potrà trovare nei volumetti della Università popolare milanese e della Federazione delle Biblioteche popolari (Milano), in cui sono svolti argomenti speciali (tubercolosi, alcoolismo, igiene sessuale).

fil.

All'abb. D. V. G., Padova:

Si rivolga all'Ambasciata Belga, via Po, 20, Roma.

P.

VARIA.

Etica sessuale maschile e femminile.

Le discordanze tra i limiti della morale sessuale maschile e di quella femminile sono da molti ritenute inique. Ed in effetti il fenomeno considerato da un punto di vista puramente etico non trova giustificazioni. Cristo che indulge alla donna perduta e ferma con le poche semplici parole il braccio dei lapidatori dell'adultera, ha eguagliato i diritti ed i doveri sessuali dell'uomo e della donna.

Bisogna tuttavia riconoscere che il maggior rigore nei confronti della donna non è del tutto frutto di pregiudizio, di convenzione o di soverchieria. Esso è in parte la derivazione di un istinto e di una necessità della razza, che la civiltà ha sublimato in sentimenti etici.

La libertà di cui gode l'uomo in fatto di vita sessuale è stata sempre e dovunque in contrasto con la castità che si richiede alla donna. La donna deve presentarsi pura ed integra, mentre

il passato erotico dell'uomo non conta. Quantunque le leggi penali non facciano distinzione tra l'adulterio del marito e della moglie, quest'ultima è ritenuta sempre più colpevole, mentre per il primo si tende più ad indulgere.

Questa concezione etica a tutto vantaggio del sesso forte è presso che universale. Il codice Hammurabi, il Vecchio Testamento, i Greci, i Romani, i Teutoni richiedevano tutti l'assoluta purità della donna.

Non è forse azzardato sostenere che il sentimento della purità femminile è un istinto innato che s'ingrana con sentimenti etici ed estetici e la cui finalità biologica consisterebbe nella tendenza a preservare i caratteri della razza.

Questa tendenza è meno marcata negli animali e nelle piante, quantunque anche in essi è evidente e necessaria, sopratutto per quel che riguarda la promiscuità di individui di varie specie, perchè l'ibridismo altera profondamente i caratteri della specie e tutti gli esseri tendono a perpetuarsi con individui che abbiano i loro stessi caratteri. La femmina è la guardiana della purità della razza: essa si rifiuta di congiungersi con maschi di altra specie. Il pistillo di una pianta monosessuale è fecondato solo dal polline di un fiore della stessa specie anche se è visitato da un insetto carico di polline di varie specie di piante. Questa tendenza diventa sempre meno generica nella scala animale, fino a individualizzarsi nell'uomo. Del resto anche in alcune classi di animali le femmine cercano di accoppiarsi con un solo maschio durante il periodo della fregola. Nell'uomo questa innata ripugnanza alla mescolanza del sangue è più spiccata, e non solo tra individui di razze diverse, ma anche tra individui di condizione diversa. Ed è anche più spiccata la tendenza a che la donna abbia figli da un solo maschio. Da ciò la necessità della purezza della donna.

Forse il fenomeno si ricollega alla così detta telegonia. Nei cavalli è stato notato che la prole di una stessa giumenta montata da più maschi ha sempre qualche cosa che somiglia al figlio avuto dalla prima monta. L'organismo della giumenta rimarrebbe come impregnato dallo sperma dello stallone che l'ha montato per prima, per modo che i figli procreati in seguito a monte successive con stalloni diversi hanno qualche cosa del padre del primo figlio. Il fenomeno è stato riscontrato anche in altre specie di animali e si è creduto che per analogia si dovesse verificare anche nell'uomo.

Durante la guerra in base appunto al concetto telegonico, in Francia sopratutto, si fece una viva campagna perchè fosse imposto l'aborto alle donne dei paesi invasi violentate dai nemici. Non si voleva che le donne conservassero nel proprio organismo il marchio d'infamia, e che i loro figli successivi avessero i caratteri del nemico violentatore. Richiesta senza dubbio dettata dalla passionalità del momento. A prescindere da altre considerazioni, l'aborto, in ogni caso, non avrebbe annientata la così detta impregnazione maschia subìta dall'organismo della donna.

Comunque nella donna, in cui l'attività erotica non soverchia ogni altro istinto, la castità risponde ad una necessità biologica, il cui fondamento quantunque non sembri chiaro nella razza umana appare più evidente in altre categorie di esseri viventi. Nella donna, che possiede un perfetto equilibrio psico-organico, quest'istinto si sublima in sentimenti estetici ed etici, che corrispondono a necessità psicologiche e sociali. La donna vuole essere tutta dell'uomo cui nella sua fantasia essa si è dedicata, senza che nessun trascorso menomi la compiutezza della dedizione. D'altra parte alla donna, per ragioni organiche, è commesso l'allevamento e l'educazione dei figli, essa è il pernio della famiglia, la custode dell'integrità della stirpe. Questo compito sarebbe turbato da eccessive attività erotiche, cui per ovvie ragioni si abbandonerebbe se appagasse il desiderio sessuale liberamente così come fa l'uomo. Già la natura ha provveduto al riguardo: questo desiderio è meno prepotente che nell'uomo, ed in genere esso si acuisce nella donna dopo che è stato soddisfatto per le prime volte. La donna sente in effetti il piacere erotico più vivo dopo i primi amplessi. La morale ha completato questo fondamento biologico imponendo limiti all'attività sessuale della donna.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

In quali paesi è possibile l'emigrazione dei medici italiani.

La pletora di cui la classe medica italiana soffre nel periodo attuale spinge molti colleghi ad emigrare. Una volta l'emigrazione dei medici era facile, anzi era sollecitata. La densa corrente emigratoria dei nostri connazionali oltre oceano aveva bisogno di medici, e quelli italiani erano, per ovvie ragioni, preferiti agli indigeni, e anche perchè nei paesi d'immigrazione non si erano ancora adeguatamente sviluppati i centri culturali adatti per una larga produzione di medici. Ora le condizioni sono radicalmente modificate. I medici italiani sono disorientati trovando quasi ovunque ostacoli alla loro emigrazione. A buon punto il prof. Piccinini pubblica nella *Federazione Medica* un articolo con il quale dà al riguardo utili consigli, e che pertanto qui riportiamo.

Il Piccinini ritiene che attualmente non vi sono paesi nei quali il medico italiano possa avere sicura garanzia di successo. Vi sono invece:

1) *Paesi completamente negativi* (rispetto alla possibilità che vi si stabiliscano medici italiani ad esercitare);

2) *Paesi parzialmente negativi* (rispetto alla possibilità, ecc. ecc.);

3) *Paesi relativamente consigliabili.*

PAESI COMPLETAMENTE NEGATIVI. — Tra questi deve annoverarsi purtroppo la stessa *Argentina* dove pure vivono tanti italiani. Questa nazione ha reso praticamente impossibile l'immigrazione di medici stranieri.

Numerose e concordi lettere « ufficiali » mettono fra i *paesi sconsigliabili assolutamente*, per riguardo ad una nostra « emigrazione medica »: *Austria, Germania, Ungheria, Bulgaria, Estonia, Finlandia, Danimarca, Cecoslovacchia, Jugoslavia, Norvegia*, mentre si potrebbero fare le riserve in senso alquanto favorevole per la *Francia, Olanda* (specie per le Colonie), *Spagna, Russia*, ecc., distinguendo speciali località, in rapporto anche ad eventuali nuclei « italiani ». Tutto questo per l'Europa, ove infuria ovunque, pare, la « pletora medica ». È difficile classificare come « completamente negativi » tutti i Paesi e delle Americhe, e dell'Asia, Africa, ecc., dove « non esiste proibizione assoluta che medici di nazionalità straniera vi esercitino » (mentre tale proibizione esplicita hanno legiferato varie Nazioni di Europa), ma dove non è molto facile il recarsi (come, ad esempio, in *Cina, Sud-Africa*, ecc.). La difficoltà del viaggio, del resto, è tutt'altro che un « impedimento assoluto »; quindi, sta il fatto che sono forse aperti ai nostri medici più tutti gli altri continenti che non l'Europa.

Sono tanto più rigorosi i sistemi di « difesa contro la invasione professionale estera » quanto più, ciascun Paese, è esposto al « pericolo di tale invasione ». Esempio tipico è la *Svizzera*, la quale, pure accogliendo tutti come turisti, come ospiti « non lesivi agli interessi locali », diventa fieramente ostruzionista di ogni concorrenza ai professionisti locali. Basta leggere, in proposito, quanto scrivono i R. Consoli Italiani di Losanna, di Zurigo e anche quelli di Locarno e di Lugano.

PAESI PARZIALMENTE NEGATIVI. — Il *Brasile* non vieta l'esercizio al medico straniero, però impone che egli « sostenga assolutamente tutti gli esami, di tutti i sei anni di studi, in Università Brasiliane »; solo lo Stato di Rio Grande do Sud (che è parte estesa, ma non molto importante della grande Confederazione brasiliana) ammette ancora, e forse sta per uniformarsi agli altri Stati, i medici stranieri senza « rivalida della laurea ».

Però, specie nello Stato di *San Paulo*, è stato escogitato un mezzo semplice e pratico per fare risparmiare, a medici Italiani che colà si recassero, due terzi almeno degli esami ora obbligatori e due anni di tempo (sui tre necessari in media per attuare la « rivalida » della laurea).

Per motivi che bene si intuiscono, non è opportuno pubblicare in che consista questo mezzo « semplice e pratico » che è stato indicato dal prof. Bertarelli, del Brasile conoscitore perfetto e colà stimatissimo ed ammirato; egli ha anche autorizzato a dire che lo indicherà a quei medici Italiani che intendano recarsi e stabilirsi in Brasile e che direttamente gli scrivano. (Prof. E. Bertarelli, Istituto di Igiene della R. Università, Pavia).

In questa categoria, dei *Paesi parzialmente negativi*, sono da collocare non pochi, dei quali occorrerebbe però precisare per quali fatti e condizioni essi debbano considerarsi così definibili.

Per la *Francia*, un importante gruppo di lettere (da Cannes, Tolosa, Lione, Tolone, Le Havre, Dunkerque, Lilla, Bastia, ecc.), oltre quella del Consolato Francese in Milano, precisano le difficoltà, non lievi, alle quali si va incontro, occorrendo, per esercitare in Francia, una « laurea francese ». Per ciò che riguarda le colonie e i protettorati francesi, occorre distinguere molto e il console italiano a Dakar, ad esempio, scrive un lungo e interessantissimo rapporto dimostran-

te che ora in Senegambia non solo sono tollerati, ma anzi, sono richiesti, a condizioni di stipendio buone, medici stranieri.

È superfluo ricordare che parimenti, mentre nel *Belgio* non si ammettono medici con laurea straniera, sono invece tuttora « relativamente ricercati » medici stranieri per il *Congo Belga*.

La *Spagna*, come tutti i giornali medici hanno già pubblicato, ha recentemente emanato un Decreto (« Gaceta » del 23 settembre) secondo il quale, tra l'altro, si fa obbligo della « nazionalizzazione » al medico straniero. Pur tuttavia vi è qualche console (quello di Siviglia, ad esempio) che consiglia vadano colà dei medici Italiani.

Per la *Grecia* conviene riferire i rilievi del dott. Battino:

« L'esercizio della medicina in Grecia è libero ai sudditi stranieri quando lo Stato, al quale essi appartengono, concede la reciprocità ai medici greci.

« Se questi medici stranieri hanno ottenuto il loro diploma prima del settembre 1922, debbono provvedere al riconoscimento della validità di questo da parte della facoltà medica della Università di Atene, versando all'uopo Dracme cinquecento. Se, invece, hanno ottenuto il diploma dopo tale data, dovranno sottostare ad una prova pratica dinanzi alla suddetta Facoltà per ottenere il diritto di esercizio ».

PAESI RELATIVAMENTE CONSIGLIABILI. — I paesi di lingua *inglese* sono in complesso i preferibili per la nostra emigrazione medica. I nostri Consoli a Londra, a Liverpool, a Glasgow fanno presente: 1) la necessità che il diploma italiano sia vidimato dal Console britannico competente in Italia; 2) che il diploma sia poi registrato presso il Consiglio Generale dei Medici, a Londra (44 Hallam Street, Portland Place, W); 3) che sia pagata la tassa di sterline cinque e scellini uno. Nessun esame è richiesto, specie dopo l'accordo intervenuto lo scorso maggio a Roma, con l'Ambasciatore britannico, per la « reciprocità ». Sebbene non sia facile farsi una buona posizione in Inghilterra i detti Consoli non escludono una certa « possibilità ».

Il prof. Piccinini si riserva di sviluppare in altro articolo i dati relativi ai dominii e colonie inglesi.

Cronaca del movimento professionale.

Convegno degli Ordini Medici della Sicilia.

Il 28 nov. si adunarono a Palermo i presidenti degli Ordini dei Medici della Sicilia; s'intrattennero sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, che non ebbe alcun consenso favorevole, e sulla provincializzazione dei servizi sanitari, a favore della quale si approvò un ordine del giorno.

MEDICINA SOCIALE.

Il Comitato Romano contro la tubercolosi.

In un operoso raccoglimento di lavoro, desideroso di buoni frutti e alieno dal mettersi in mostra, il Comitato Romano contro la tubercolosi compie, da più di un ventennio e con un modesto bilancio, molte e varie opere di previdenza e di profilassi, che, essendo organizzate e dirette da sanitari provetti ed illustri, come il prof. V. Ascoli e il dott. Ugo Mariotti, non si discostano dal terreno utilmente pratico per disperdere una parte della loro efficacia in tentativi discutibili ed esperimenti incerti.

Il Comitato Romano mentre svolge, come può, la salutare propaganda in linea generale, opera poi particolarmente su la infanzia predisposta, che è l'elemento più facilmente redimibile dalla crudele malattia. Esso ha una colonia marina a Civitavecchia e ne dirige una permanente diurna a Villa Umberto I: inoltre ha gestito fino ad ora l'Ospizio Marino di Ostia per conto del Municipio. La colonia di Civitavecchia è molto opportunamente dedicata a giovinette dai 13 ai 18 anni, predisposte alla tubercolosi. Il Comitato tiene pure qualche posto, come le disponibilità lo permettono, nella Colonia Scuola « Regina Elena ».

Il Comitato, costituito in Opera Pia, ha la sua sede con relativo ambiente di cura in via Galilei, è federato con tutte le opere antitubercolari cittadine, e sono più di sessanta le istituzioni, compresi i maggiori enti pubblici, che compongono la Federazione. Si deve riconoscere al Comitato Romano il merito di avere avviato specialmente il concorso dei dispensari antitubercolari cittadini, provvedendo i malati di petto di un centro nel quale essi possano aver modo di essere accettati, assistiti e di apprendere la maniera di non nuocere a sè ed agli altri.

Il Comitato pubblica da lungo tempo un bollettino mensile.

Con la legge del ministro Federzoni per la protezione dell'infanzia e l'assistenza alla maternità verranno colmate quelle lacune di natura profilattica ed assistenziale che ancora impediscono alle opere antitubercolari di dare tutto il loro rendimento e vi potranno essere un coordinamento ed una collaborazione più efficaci.

Intanto il Governatore di Roma, senatore Cremonesi, non ha perduto tempo, perchè, come si sa, oltre ad avere risoluto il problema dell'Ospizio marino di Ostia, che verrà quadruplicato, con una ingente spesa, ma con un preziosissimo risultato, ha pure tracciato da tempo tutto un programma d'azione per lo svolgimento della importantissima opera sociale, seguendo le linee indicate dall'Associazione Italiana per l'igiene e i voti degli ultimi congressi scientifici riguardo alla propaganda igienica nelle scuole elementari. I mezzi adottati sono tali da garantire il più lusinghiero successo. Il Comitato Romano antitubercolare aveva già diffuso nelle scuole quaderni illustrati da figure rappresentanti le più indispensabili pratiche d'igiene che ogni fanciullo dovrebbe seguire quotidianamente.

Nella scuola elementare di via Valdina furono svolti l'anno scorso dalle alunne componimenti sulla lotta antitubercolare.

Il Comitato romano antitubercolare vive degli aiuti del pubblico, sia col sussidio della giornata annuale della tubercolosi, come del concorso dei soci temporanei e permanenti.

CONCORSI.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Municipio*. — Capo del Laboratorio batteriologico. Vedi fasc. 1. Scad. 10 marzo.

AURIGO (*Imperia*). — Consor. con Conio; lire 10,000 comprese le varie indenn.; alloggio gratuito. Ab. 1301. Tassa L. 50.10. Scad. 15 gen.

BASCHI (*Perugia*). — Due cond.; vedi fasc. 1. Scad. 15 genn

CASTELFRANCO VENETO. *Ospedale Civile*. — Al 31 gen., med.-chir. assistente; L. 3000 (*sic*) ed alloggio, oltre c.-v. in L. 1200, lorde. Età lim. 40 a. Punti nei singoli esami. Titoli di preferenza: chirurgia e radiologia. Situazione di famiglia. Divieto di incarichi a carattere continuativo alle dipendenze di Comuni o altri Enti. Nom. e conferme biennali. Assunz. del servizio nel termine che verrà stabilito con la partecipaz. di nom.

CELLA DATI (*Cremona*). — A tutto 15 gen. ore 16; vedi fasc. 1.

GIRGENTI. *Ospedale Civile*. — Chirurgo direttore; vedi fasc. 1. Scad. 16 gen.

MOLTENO (*Como*). — Consor. 4 comuni; al 31 gen., ore 17. Vedi fasc. 1.

MONGHIDORO (*Bologna*). — Scad. 15 gen.; vedi fasc. 1.

PARRANO (*Perugia*). — Al 15 gen., ore 16. Vedi fasc. 1.

PORDENONE. *Ospedale Civile di S. Maria degli Angeli*. — A tutto il 31 gen. primario medicina; vedi fasc. 1.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — Scad. 15 gen., 3ª cond.; L. 9500 e 5 quadr. decimo; L. 500-1800-4000 secondo mezzo trasp. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10.

SANGIUSTINO (*Perugia*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 per resid. e 500 pov.; 4 quadr. dec.; L. 600 indenn. serv.; addiz. L. 2; c.-v.; L. 4000 cavalc.; L. 500 uff. san.; indenn. ambulatorio da concordarsi. Età lim. 35 a. Ab. 5600. Tariffa per i meno abbienti non superiore a L. 5 per visita. Tassa L. 50.10.

S. CHIRICO NUOVO (*Potenza*). — Scad. 15 gen.; L. 7000; età lim. 40 a. Tassa L. 50.70. Serv. entro 15 gg.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Su proposta di S. E. il Ministro degli Esteri Mussolini, S. M. il Re, con sovrano *motu proprio*, ha conferita l'onorificenza di Grand'Uff. della Corona d'Italia al prof. Gaetano Fichera, per l'opera scientifica e patriottica esplicata colla sua missione nel Sud America. Congratulazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Dal 12 gennaio al 12 marzo nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli sarà svolto un Corso teorico-pratico di Igiene con particolare riguardo alla preparazione ai posti di ufficiale sanitario. Vi saranno ammessi i laureati in medicina e chirurgia, in zooiatria, chimica e farmacia, ingegneria, scienze naturali e agrarie. Ricevuta di L. 400, rilasciata dall'Economo dell'Università

Convegno per le stazioni idroclimatiche.

Si è tenuto a Roma; vi ebbero parte attiva il presidente della Federazione, gr. uff. Rebucci, il segretario generale, avv. Francesco Violati, l'on. prof. Bussi, il dott. Liebmann ed altri.

Il Rebucci esaminò i recenti provvedimenti legislativi che regolano i rapporti fra produzione e lavoro e sostenne l'adesione alla Confederazione Generale dell'Industria. Propugnò poi la necessità, già avvertita dal Presidente del Consiglio, che le stazioni di cura siano aperte alle grandi correnti delle classi medie e del lavoro.

Furono approvate alcune modificazioni allo Statuto proposte dall'on. Bussi.

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Si è testè adunato sotto la presidenza del senatore Pietro Sitta.

Furono svolti varî argomenti all'ordine del giorno.

Dalla constatazione delle floride condizioni dell'Istituto, e del rigoglioso suo continuo sviluppo, e più ancora dall'alto riconoscimento espresso da S. E. il Ministro dell'Economia Nazionale, che si è compiaciuto di dichiarare come l'Amministrazione della Cassa Nazionale Infortuni sia sollecita di tutto quanto può contribuire alla rigenerazione materiale e morale del nostro Paese, il Consiglio ha tratto i più favorevoli auspici per la continuazione sempre più prospera dell'opera sociale che l'Istituto persegue.

Associazione Nazionale Antitubercolare Medici Condotti.

Il «Medico Condotto» annunzia che si è adunata a Bologna la presidenza di questa Associazione, con l'intervento del presidente, dott. Fatichi, del segretario generale e del rappresentante l'Associazione Nazionale per la lotta antitubercolare, nella persona del prof. Fagioli di Verona.

Il direttore generale della Sanità pubblica dott. Messea e il segretario generale della Corporazione Sanitaria dott. Fioretti, hanno espresso il loro plauso per questa iniziativa del Sindacato Medici Condotti, la quale ottenne già il pieno consenso del Congresso di Siracusa.

Per richieste di pellicole cinematografiche e di altro materiale di propaganda e per la corrispondenza rivolgersi al presidente, dott. Fatichi, via Pier Capponi 26 - Firenze.

Per l'igiene e la profilassi mentale.

La Sezione Laziale della Lega Italiana d'igiene e profilassi mentale ha tenuto, il 19 dicembre, presso l'Istituto Italiano d'igiene, previdenza ed assistenza sociale, la seconda riunione, sotto la presidenza del prof. Sante de Sanctis.

Dopo un discorso del presidente sugli scopi della Sezione, è stato discusso lo statuto regionale sull'opera da svolgere, diretta a coordinare i vari ambulatorii per neuropsicopatici esistenti nella città, a favorire la visita prematrimoniale e ad aiutare ambulatoriamente sopratutto i minorenni già precedentemente ricoverati nei vari istituti. Fu stabilita inoltre la creazione d'un centro statistico diretto dal segretario della Sezione, dott. Pisani, della Clinica neuropsicopatica.

Propaganda igienica nell'Esercito.

Per iniziativa del direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Roma, colonnello medico Cimmino, e per ordine del ten. generale Barco, comandante interinale del Corpo d'Armata, è stata disposta la proiezione nelle Caserme di alcune pellicole atte a contribuire alla formazione di una coscienza igienica nella truppa, utilissima per aiutare il soldato a difendersi dalle malattie e consentirgli poi di diffondere in seno alle proprie famiglie le cognizioni apprese.

Le pellicole dell'Istituto d'Igiene, Prev. ed Ass. sociale, e della Cineteca municipale di Roma, sono state illustrate dal magg. medico Perilli già in varie Caserne. I soldati hanno molto gradito questo sistema di propaganda igienica che sarà intensificato per l'avvenire ed esteso ai Presidii di Perugia, Pisa, Livorno.

Propaganda igienica odontoiatrica scolastica.

A Torino, in occasione della Esposizione delle attività degli ex allievi del Collegio di S. Giuseppe nel 50° anniversario della fondazione, si ebbe nella Sezione Didattica, una mostra della Lega italiana per la propaganda igienica odontoiatrica scolastica, e per la lotta contro la carie dentale.

Mezzo sicuro e semplice di propaganda sono le già numerose pubblicazioni riferentisi a saggi, monografie e lezioni sui seguenti argomenti: La giornata dello spazzolino da denti - Curiamo i denti e la bocca - La carie dentale è curabile e guaribile? - Alimentazione e dentizione nel bambino - Come deve essere fatta la visita dentaria ai bambini - Per il Casellario eugenetico sanitario.

Per le Cattedre ambulanti di igiene e assistenza.

È costituita in Milano la Lega delle Cattedre Ambulanti di igiene sociale e di assistenza infermiera, sotto il patronato dell'Associazione Nazionale Infermieri. Tali cattedre saranno affidate ad assistenti sanitarie o infermiere professionali, e in casi speciali a medici, col còmpito di diffondere le nozioni di pronto soccorso, assistenza agli ammalati, allevamento dei bambini, igiene infantile, rurale, domestica, la profilassi delle malattie sociali e infine di convincere il popolo a valersi dei Dispensari antitubercolari e dei Consultori per lattanti.

Per informazioni rivolgersi all'Ufficio Cattedre, presso la signora Cernezzi, Consigliera Delegata, Milano, via S. Paolo, 10.

Per la Farmacopea Ufficiale.

Con recente decreto del Ministero dell'Interno sono stati chiamati a far parte della Commissione incaricata della preparazione della 5ª edizione della Farmacopea Ufficiale del Regno il prof. Attilio Bonanni, direttore dell'Istituto di materia medica e di farmacologia sperimentale dell'Università di Roma, e il prof. Angelo Baldoni, ordinario di zootecnica e d'igiene del bestiame nell'Università di Bologna.

L'igiene e i recipienti delle conserve alimentari.

Il ministro Belluzzo ha diramato ai prefetti una circolare con cui transitoriamente esime da sanzioni di rigore i rivenditori di conserve alimentari le quali non rechino impresse sui recipienti le indicazioni prescritte dal R. D. 30 nov. 1924, n. 2035, emanato in applicazione dell'art. 5 del D.-L. 8 feb. 1923 n. 501, qualora essi dimostrino di avere acquistato le conserve in data anteriore al 1° agosto 1925, e accorda ad essi una proroga sino al 30 aprile 1926.

L'attenuazione dei rumori.

Come epilogo della campagna condotta contro i rumori, il R. Commissario di Roma ha emanato un'ordinanza che disciplina i rumori di segnalazione prodotti dagli autoveicoli; essa avrà vigore dal 31 gennaio.

Per l'uccisione dei cani randagi.

Il Comune di Moncalieri aveva ripristinato l'uso dei « bocconi », polpette di carne cruda contenenti stricnina, per l'uccisione dei cani randagi; ma in seguito a protesta della Società protettrice degli animali, il sindaco si è arreso a dare disposizioni per l'accalappiamento e per un'uccisione meno impressionante.

Società Tedesca di Urologia.

Terrà la sua 7ª adunanza a Vienna, nella Casa Billroth (IX, Frankgasse 8), dal 30 sett. al 2 ott. 1926. Temi di relazione: 1) L'anuria, sua patologia, farmacologia e terapia; 2) Le neoformazioni maligne della vescica, loro patologia e terapia. All'adunanza sarà annessa un'Esposizione di strumenti, apparecchi e mezzi curativi. Per informazioni rivolgersi al: Dozent Dr. Hans Gallus Pleschner, Wiener Geschäftstelle, Alserstrasse 20, Wien IX.

Università internazionale.

Alla Società delle Nazioni è stato presentato un progetto per l'istituzione di una Università internazionale, con la finalità di formare sociologi, economisti, giornalisti, atti a seguire la carriera politica e a dare degli statisti all'altezza del loro mandato.

Le condizioni economiche dei medici in Francia.

Secondo le notizie raccolte dal *Lancet* le condizioni economiche dei medici francesi sarebbero molto peggiorate dopo la guerra. Nei distretti agricoli dove il costo della vita è aumentato di sei volte, il guadagno dei medici è aumentato solo di quattro volte. Nei distretti industriali dove le spese sono maggiori e le richieste sono diminuite, la situazione dei medici è divenuta ancora più difficile. Prima della guerra un medico guadagnava in media ogni anno 1400 sterline, mentre ora ne guadagna solo 530. Particolarmente grave è la condizione dei medici a Parigi, dove c'è un medico per ogni 160 abitanti.

La fondazione Rockefeller per due medici tedeschi.

La Fondazione Rockefeller ha stabilito di mantenere a sue spese, nei suoi istituti, un assistente dell'Istituto Imperatore Guglielmo di Dhalen e un assistente dell'Università di Jena.

I medici stranieri nella Cecoslovacchia.

In linea eccezionale è stato consentito a qualche eminente specialista straniero di esercitare nella Cecoslovacchia per un tempo limitato; di regola però i medici stranieri devono essere naturalizzati e il loro diploma dev'essere riconosciuto da una Università nazionale: all'uopo occorre che il diploma sia stato rilasciato da una Università di prim'ordine, di più sostenere un esame e infine frequentare l'Università nazionale per una o due sessioni.

I titoli accademici stranieri in Spagna.

Si ha da Madrid: Il *Giornale Ufficiale* pubblica un decreto relativo alla validità nella Spagna dei titoli accademici stranieri.

Per esercitare una professione, per cui è richiesto un diploma, gli stranieri dovranno ottenere preventivamente il diploma di laurea spagnolo, conformemente alle disposizioni in vigore e dopo aver ricevuto la lettera di naturalizzazione.

Infortuni di sanitari.

Il prof. Adolfo Ferrata, direttore della Clinica medica di Pavia, mentre si recava a Monza per incombenti professionali, nei pressi di Sesto S. Giovanni ebbe la propria automobile investita da un'altra; riportò ferite lacero-contuse nella regione temporale, fortunatamente di lieve entità. Felicitazioni sentite per essere sfuggito al grave pericolo.

Al dott. Marco Sassoli, già direttore della Casa di cura Villa Verde a Bologna, è stato recapitato un pacco postale che, nell'atto di aprirlo, è esploso, cagionandogli varie ferite, dichiarate all'Ospedale guaribili in un mese.

A Fossalto, in provincia di Campobasso, è deceduto a 36 anni il dott. COLANERI NICOLA.

Professionista colto e modesto, ebbe una vita breve per quanto all'opposto lunga e penosa fu la malattia che lo trasse alla tomba.

Alla consorte ed ai parenti vadano infinite condoglianze. S. C.

Comunicato.

Nel N. 8 della *Rivista di Terapia Pratica* che si pubblica a Milano, sono riportati importanti lavori dei dottori Banaudi di Torino, Capuani di Bergamo, Mantovani di Milano sulla cura della tubercolosi polmonare con i sali di terre rare, nonchè i riassunti dei lavori pubblicati dai proff. Pasini, Franceschini, Martino, Truffi, riguardanti l'impiego dei preparati di bismuto (bismarsol) nella cura della sifilide.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Altre Riviste concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO" pel 1926

Annali d'Igiene

Periodico mensile diretto dal prof. sen. **GIUSEPPE SANARELLI** della R. Università di Roma. Accoglie **memorie originali**, **studi riassuntivi, questioni del giorno** e una densa rubrica di **recensioni**, che rispecchiano tutto il movimento igienico internazionale; reca informazioni di **legislazione, amministrazione e giurisprudenza sanitaria e notizie varie**

In densi fascicoli illustrati e corredati di tavole.

Gli «Annali d'Igiene» pubblicano anche ricche *monografie*, in forma di «Supplementi», e ne fanno dono agli abbonati

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **55**
Ai medici condotti associati al «Policlinico» gli «Annali d'Igiene» sono offerti al prezzo di eccezionale favore di L. **30**; ma per ottenere ciò essi dovranno rivolgersi **esclusivamente** alla nostra Amministrazione, in via Sistina, 14.

A richiesta si invia gratis numero di saggio.

Rivista di Clinica Pediatrica

La **Rivista di Clinica Pediatrica**, periodico mensile illustrato, si pubblica a Firenze.
Fondata dai proff. **Giuseppe Mya** e **Luigi Concetti** nel 1903, non ha mai interrotto le sue pubblicazioni, anche nei momenti più difficii della guerra e dell'immediato dopo guerra. È ora diretta dai proff. **CARLO COMBA, G. B. ALLARIA, CARLO FRANCIONI, DANTE PACCHIONI, GENNARO FIORE**, ordinari di Clinica Pediatrica rispettivamente a Firenze, Torino, Bologna, Genova e Pisa.

Continuando a pubblicare memorie originali, la «Rivista di Clinica Pediatrica» nel 1926 darà speciali cure alla rubrica della rassegna della stampa preoccupandosi di fornire al lettore una raccolta, per quanto è possibile completa, di ciò che si pubblica in Italia ed all'Estero, intorno alle malattie dei bambini. Essa si preoccuperà delle importantissime questioni sociali che hanno rapporto coll'infanzia e ne terrà informati i suoi lettori.

Sarà poi corrisposto alle esigenze dei medici esercenti mediante la trattazione di argomenti e la raccolta di notizie, che hanno attinenza più stretta colla pratica professionale.

La «Rivista di Clinica Pediatrica» nel prossimo anno migliorerà ancora la sua elegante e nitida veste tipografica ed aumenterà di oltre un terzo il contenuto dei suoi fascicoli mensili.

Abbonamento annuo: per l'Italia L. **40** — per l'Estero L. **80**. — Per gli associati al «Policlinico»: per l'Italia sole L. **36** — per l'Estero sole L. **73**.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle

Il più antico periodico della specialità in Italia ed all'Estero, fondato dal dott. cav. **G. B. Soresina** nel 1866, pubblicato dal dott. **AMBROGIO BERTARELLI** con la collaborazione di tutti i professori delle Cliniche Dermosifilopatiche italiane. Si pubblica ogni due mesi, in sei ragguardevoli fascicoli bimestrali, riccamente illustrati, e raccoglie l'attività che si svolge in Italia ed all'Estero nel campo della Dermosifilopatica con la pubblicazione sia di lavori originali che di numerose, selezionate recensioni. Pubblica altresì gli atti della **Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia.**

Abbonamento annuo pel 1926: per l'**Italia** L. **70**. Per gli associati al «Policlinico»: per l'**Italia** sole L. **65**.

"Difesa Sociale"

Rivista mensile dell'ISTITUTO ITALIANO d'IGIENE, PREVIDENZA ed ASSISTENZA SOCIALE, fondata e diretta dal Prof. ETTORE LEVI

Organo Nazionale di Documentazione, di Propaganda e di Coordinazione

Sotto l'alto Patronato di S. M. il RE - Sotto gli auspici della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali

È la sola Rivista italiana che riassume il movimento nazionale e internazionale in rapporto ai seguenti problemi: Abitazione, Alimentazione, Educazione, Lavoro, Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale. Essa desume le proprie informazioni da relazioni dirette coi Ministeri competenti delle varie nazioni, nonchè dallo scambio con oltre 1200 Associazioni e con 400 Riviste.

Abbonamento Annuo: Italia L. **25** - Estero L. **50** — Per gli associati al "Policlinico" Italia L. **22**; Estero L. **47**.

Numeri di saggio verranno inviati su richiesta

"La Stomatologia" - Periodico mensile

Organo ufficiale della Federazione Stomatologica Italiana

Fondato nel 1902 dalla Federazione, oltrechè tenere al corrente il lettore di tutti i moderni progressi scientifici e pratici della specialità, si occupa degli interessi professionali della classe degli stomatoiatri italiani.

E' diretto dal prof. **Arrigo Piperno** e vi collaborano i più eminenti cultori italiani della specialità.

Abbonamento annuo per l'**Italia** L. **70**; per l'Estero L. **80** - Per gli associati al «Policlinico»: Per l'**Italia** sole L. **64**. — Per l'estero L. **76**.

La Salute e l'Igiene nella Famiglia

Questa interessante rivista si è ormai affermata brillantemente sia in Italia che nelle nostre colonie all'estero per l'utilità del suo contenuto. Essa è diretta dal dott. ESCHILO DELLA SETA e vi collaborano parecchi valorosi colleghi. LA SALUTE E L'IGIENE NELLE FAMIGLIE è una lettura gradita per la sua varietà scientifica alla portata di tutti e grandemente proficua.

L'abbonamento annuo per l'Italia, costa L. **12** — Per gli associati al «Policlinico» sole L. **10**.

Inviare Vaglia Postale al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XXXIII Roma, 18 Gennaio 1926 Fasc. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Patologia del diverticolo di Meckel.

Dott. E. FRONTICELLI,

assistente degli Ospedali di Roma.

Il diverticolo di Meckel, che si riscontra circa due o tre volte su cento individui, è l'espressione della mancata o incompleta obliterazione del canale onfalo-mesenterico, il quale nell'embrione normalmente si oblitera fra il 35° o il 45° giorno, non lasciando lungo il cordone ombelicale altro che resti insignificanti.

La persistenza del dotto onfalo-mesenterico per arresto di sviluppo o per malformazione congenita, può rivelarsi in modo più o meno completo e assumere perciò varie forme anatomiche. Così il diverticolo di Meckel, che ne è l'espressione, spesso si palesa come un canale chiuso al suo estremo periferico ed impiantato sull'ansa ileocolica generalmente, all'opposto della inserzione del meso, con un calibro presso a poco uguale a quello dell'ansa stessa. Può essere fornito di un piccolo mesentere in corrispondenza della base.

Talora il diverticolo, invece di essere libero con l'estremo periferico nella cavità addominale, si continua in un cordone fibroso fino alla cicatrice ombelicale, oppure è interamente rappresentato da una lacinia connettivale che dall'ansa ileo-colica si porta all'ombelico.

In casi più rari il diverticolo si palesa come un canale completamente pervio, dall'ombelico all'ileo; ovvero obliterato in corrispondenza dell'in-

testino e pervio nella parte distale; infine può essere chiuso alle estremità e pervio nel suo tratto intermedio, d'onde la possibilità di espansioni cistiche.

La grandezza del diverticolo è molto variabile, e varia ne può essere la sede; ma sempre in corrispondenza di un'ansa dell'ileo: da pochi centimetri fino a 2-3 metri al disopra della valvola ileo-cecale, con maggiore frequenza a 60-90 centimetri.

Il diverticolo ripete a un dipresso la costituzione strutturale dell'intestino, specialmente nella sua parte prossimale. Nella porzione distale — quando non perde questi caratteri per assumere quelli di un cordone connettivale pieno — si può osservare la mancanza degli elementi della tunica muscolare, in modo che la mucosa si trova a contatto immediato con la sierosa peritoneale: circostanza importante per spiegare la frequenza con la quale nelle diverticoliti avviene la perforazione sull'apice del diverticolo. Nel 10 % circa dei casi, secondo Koch, invece della mucosa a struttura intestinale, si riscontra la presenza di mucosa gastrica, con ghiandole peptiche bene sviluppate, sia del tipo di quelle piloriche, che di quelle del fondo dello stomaco. La ragione di ciò deve essere ricercata nel fatto che il diverticolo rappresenta i resti dei tessuti embrionali primitivi, dai quali si è sviluppato il tubo gastroenterico; che, invece di seguire lo sviluppo e la differenziazione dell'intestino, restano sequestrati e sottratti alla funzione normale. In altre parole la presenza di mucosa gastrica deve essere attribuita ad una involuzione difettosa (eteroplasia fetale) del condotto onfalo-mesenterico, per effetto della quale avviene una differenzazione cellulare secondo un tipo qualsiasi riscontrabile allo stato normale nel tubo digestivo. Infatti, oltre la presenza di mucosa gastrica, possono riscontrarsi nel diverticolo isolotti pancreatici (Wrigt) e parotidei (Resthorn).

***

La patologia del diverticolo di Meckel comprende: 1) la occlusione intestinale prodotta con vari meccanismi; 2) la diverticolite; 3) la comparsa del diverticolo in sacchi erniari (ernie ombelicali, inguinali, specialmente crurali) con eventuali complicazioni infiammatorie (diverticoliti) che simulano la peritonite erniaria o la gangrena dell'intestino strozzato; 4) l'ulcera peptica del diverticolo. (Assai meno importanti e frequenti sono: il prolasso della mucosa intestinale o di una intera ansa attraverso un diverticolo del tutto pervio e aderente alla cicatrice ombelicale; la produzione di espansioni cistiche; lo sviluppo di neoplasmi).

OCCLUSIONE INTESTINALE.

Una statistica di R. Fitz, citata da Coley e Fortuine, che riguarda 295 occlusioni acute, porta in causa il diverticolo di Meckel 21 volte. Maximowitsch opina che il 7 % degli ilei acuti siano dovuti al diverticolo. Nella recente statistica riferita all'ultimo Congresso di chirurgia (1925) dal Margarucci, il 4 % delle occlusioni era dovuta al Meckel.

Da questi dati emerge chiaramente che l'azione del diverticolo come agente di occlusione non è trascurabile, e forse la percentuale dovrebbe essere di parecchio aumentata considerando i numerosi casi nei quali il chirurgo non può determinare la causa occlusiva e deve limitarsi alla costituzione di un ano preternaturale, mentre in seguito la morte del paziente e la mancanza di autopsia non permettono di precisare la causa vera della occlusione.

Comunque, si tratta sempre di una occlusione bassa, ben difficilmente differenziabile da quelle originate da altri processi patologici del tratto ileo-ciecale. La occlusione, completa o parziale, può essere determinata da un diverticolo libero, ovvero da un diverticolo che abbia contratto aderenze con una regione qualsiasi della sierosa peritoneale: infine, per mezzo di lacinie, briglie, cordoni tesi dal diverticolo alla parete, ecc.

Tre sono i principali meccanismi dell'ileo: 1) compressione o trazione sull'intestino per opera di un diverticolo o di cordoni cicatriziali ad esso connessi; 2) invaginazione; 3) volvolo dell'asse portatrice.

Assai più raramente venne osservato — quale causa di occlusione — il prolasso dell'intestino attraverso il diverticolo pervio, con ritenzione e forte accumolo di feci — quando l'apertura cutanea è ristretta — tanto da provocare un ostacolo al circolo intestinale; ovvero con incarceramento del segmento intestinale prolassato.

In rarissimi casi la presenza di un mesenteriolo alla base del diverticolo, ha potuto produrre una sacca nella quale si andò a strozzare un'ansa del tenue ivi impegnata. Infine ricordiamo il caso di Betmann e Blumm, i quali in un ragazzo di 10 anni riscontrarono una stasi fecale con fenomeni di occlusione in quel tratto del tenue su cui si impiantava un diverticolo di Meckel.

La compressione e la trazione esercitata sullo intestino da un diverticolo libero o aderente, ovvero da cordoni cicatriziali, lacinie, briglie, ecc., tesi fra il diverticolo e la parete, non è difficile a riscontrarsi e anzi fra le cause di occlusione intestinale determinate dal Meckel è la più frequente.

La compressione può essere tanto grave da pro-

durre fenomeni di strozzamento. Le modalità dell'occlusione sono molteplici: diverticoli lunghi e liberi possono formare dei veri e propri nodi nei quali penetrano anse del tenue: diverticoli aderenti sulla loro sommità danno origine ad anelli di strozzamento; lacinie, briglie, cordoni dipendenti e partenti dal diverticolo possono giungere con meccanismi differentissimi a strozzare una porzione dell'intestino, ecc.

L'effetto è sempre uno solo: l'ostacolo al circolo intestinale e i consecutivi fenomeni di ileo.

La invaginazione determinata dal diverticolo di Meckel è meno frequente (su 45 casi riferiti nella statistica del Margarucci, uno da diverticolo), tuttavia esso tiene il 4° posto per ordine di frequenza fra le 9 cause che possono — secondo Sillek — determinare la invaginazione: (1° differenza di calibro; 2° abnorme rilasciamento del mesenterio; 3° appendice; 4° diverticolo di Meckel; 5° ulcera intestinale; 6° tumori parietali; 7° tumori del mesenterio; 8° peristassi eccessivamente vivace; 9° colite).

La invaginazione da diverticolo può avvenire con due meccanismi principali: il diverticolo si introflette a dito di guanto nel lume intestinale, divenendo per così dire un polipo dell'intestino; e pur potendo in qualche raro caso determinare con la sua presenza una occlusione (Wiencke), produce generalmente nell'ansa portatrice una invaginazione discendente che può arrestarsi alla valvola ileo-ciecale, ma anche estendersi al colon. Secondo qualche osservatore tale invaginazione è favorita dalla presenza di un corpo estraneo nella parete diverticolare (lipoma, polipo, ecc.) o da formazioni cistiche del diverticolo. Anche la presenza di masse fecali dure nella sua cavità può essere considerata come causa predisponente.

Altro meccanismo è rappresentato dalla invaginazione tanto dell'ansa che del diverticolo nell'intestino sottostante, senza che il diverticolo si sia in precedenza introflesso. Il restringimento che il tenue presenta molto spesso nel punto di impianto diverticolare, predispone alla invaginazione.

Già accennammo ad un'ultima rara eventualità; al prolasso di una porzione di intestino attraverso un diverticolo di Meckel tutto o parzialmente pervio.

Il diverticolo — in questi casi — può riempirsi di feci, che per il loro volume giungono talvolta a produrre una occlusione meccanica: altre volte il segmento intestinale evaginato nel diverticolo subisce un vero e proprio incarceramento, causa di occlusione acuta.

La espulsione spontanea del segmento invaginato dalle vie naturali è rarissimo. Lo svaginamento operatorio, secondo Carlson, è attuabile quando il diverticolo trovasi all'apice dell'invaginato: tuttavia al Margarucci in queste condizioni non è stato possibile eseguire lo svaginamento.

Resta il *volvolo* dell'ansa portatrice, che è il meccanismo meno frequente delle occlusioni di origine diverticolare.

La obliterazione del lume intestinale avviene sia perchè l'ansa portatrice ruota sul suo asse in seguito ad un'eccessiva replezione del diverticolo, sia perchè si avvolge attorno al suo sostegno mesenteriale.

La *diagnosi* delle occlusioni da diverticolo di Meckel è impossibile, giacchè la loro sintomatologia non presenta nulla di speciale. Si tratta sempre di occlusioni basse dell'ileo. Il segno della depressione ombelicale premendo largamente sulla regione sottombelicale (in caso di Diverticolo aderente) è riuscito — in un caso riferito da Falcone — a far porre la diagnosi di occlusione intestinale da diverticolo di Meckel. Talora infine la presenza di un adenoma o di una cisti ombelicale, residui del dotto onfalo-mesenterico, possono indurre qualche sospetto.

La terapia è quella delle occlusioni in genere.

DIVERTICOLITE.

Fu descritta per primo da Flint nel 1884, e forse a torto venne sempre considerata come un'affezione assai rara. (Blanc dice di averne potuto riunire solo 20 casi nella letteratura).

Esistono alcuni momenti predisponenti della diverticolite (gastro-enterite, ileo-tifo); ma il più frequente è rappresentato da quelle condizioni anatomiche (briglie, cicatrici, corpi estranei, coproliti) che tendono a restringere il lume diverticolare e producono un ristagno dal suo contenuto. La diverticolite presenta la stessa sintomatologia clinica della appendicite. Può determinare una peritonite plastica circoscritta e risolvere spontaneamente; ma più spesso il diverticolo subisce rapidamente fenomeni di gangrena e di perforazione in corrispondenza della punta o della base, con consecutiva peritonite.

La costituzione anatomica del diverticolo spiega — secondo D'Agostino — la differenza fra l'abituale decorso dell'appendicite e quello della diverticolite, nella quale mancano quasi sempre quei processi di difesa, di riparazione e di localizzazione, che sogliono riscontrarsi nell'appendicite.

Infatti il diverticolo è un organo rudimentario che possiede scarsa irrorazione sanguigna e scarso apparato linfatico, perciò pochi essudati protettivi e facili perforazioni brusche.

La diagnosi della diverticolite è difficile. Viene spesso scambiata con la appendicite, quando il diverticolo occupa la fossa iliaca destra. Le due

affezioni possono coesistere e alternarsi attacchi di flogosi diverticolare con attacchi di appendicite. Tuttavia — se qualche criterio diagnostico può essere indicato — conviene notare come nelle diverticoliti manchino spesso i gravi fenomeni dolorifici e riflessi dell'appendicite, e l'affezione si rilevi spesso con una peritonite diffusa. Non è improbabile che certe peritoniti di natura oscura possano nascondere casi di diverticolite perforata.

La diagnosi è più facile quando un attacco di diverticolite coglie un ammalato già certamente appendicectomizzato.

PRESENZA DEL DIVERTICOLO DI MECKEL IN SACCHI ERNIARI.

Il sacco delle ernie crurali è quello che più di frequente contiene il diverticolo, solo o con altre anse intestinali.

Assai più di rado questo fatto avviene nelle ernie ombelicali e in quelle inguinali.

Nei sacchi erniari il diverticolo può torcersi, strozzarsi su aderenze, infiammarsi, gangrenarsi e fistolizzarsi, dando luogo ad una fistola stercoracea, generalmente crurale.

Ernie crurali contenenti un diverticolo furono segnalate da molti chirurghi: i soggetti erano generalmente di tenera età, ma si citano anche osservazioni in adulti (Budde, uomo di 50 anni, Poncel, uomo di 72 anni).

Secondo Budde per avere il fondato sospetto di un diverticolo in un sacco erniario, bisognerebbe che i sintomi di strozzamento e di irreducibilità coincidessero con lievissimi disturbi di canalizzazione.

ULCERA PEPTICA DEL DIVERTICOLO.

È un argomento di attualità (V. comunicazione di Pascale all'ultimo Congresso di Chirurgia).

Esponemmo più sopra che il diverticolo di Meckel ricorda grossolanamente la struttura intestinale, ma che alcune volte vi si trova mucosa a tipo gastrico, con le ghiandole peptiche della regione pilorica o del fondo. Tutti i casi di ulcera del diverticolo istologicamente studiati, hanno mostrato la presenza di mucosa gastrica nel diverticolo ammalato. L'ulcera presenta i caratteri anatomici di un'ulcera duodeno-digiunale ed è notevole la rapidità con la quale si fa strada verso la sierosa. La sua patogenesi, lasciando da parte le controverse questioni dell'ulcera peptica in genere, può essere spiegata abbastanza facilmente, considerando che l'ulcerazione fu sempre riscontrata nel punto di passaggio tra mucosa a tipo gastrico e a tipo intestinale e che le ghiandole della mucosa a tipo gastrico secernono acido cloridrico, il quale corrode la limitrofa mucosa intestinale, abituata e organizzata per un ambiente alcalino.

L'ulcera peptica del diverticolo assume un decorso piuttosto acuto, usura le pareti dei piccoli vasi, si perfora nel peritoneo. È una malattia della prima infanzia, quando l'ulcera duodenale è ancora sconosciuta. Pascale, nella comunicazione all'ultimo Congresso di Chirurgia, ne cita otto osservazioni, alle quali ne aggiunge una personale. Tra le nove citate non si legge però una osservazione di Hilgereiner (1903) — la prima per ordine cronologico — e due recentissime di Stulz e Wovinger (1925).

Emorragia e perforazione costituiscono i caratteri essenziali dell'ulcera diverticolare, che è, come dicemmo, propria dell'età infantile. La malattia può rivelarsi con una improvvisa e grave enterorragia, che colpisce un fanciullo nelle migliori condizioni di salute.

Più di rado la enterorragia è preceduta da dolori addominali irregolari e indistinti. Il sangue emesso può essere abbondantissimo, così da compromettere la vita dell'ammalato, ovvero possono presentarsi emorragie più leggere, recidivanti per parecchi giorni e settimane, alle quali subentra un periodo di remissione, seguito da nuove enterorragie. Il sangue emesso è rosso, non digerito.

Il dolore nell'ulcera del diverticolo, quando esso esiste, assume un carattere accessionale, e ha il suo massimo di intensità a destra dell'ombelico (dolore para-ombelicale). Gli accessi dolorifici non sono in rapporto ai pasti. Manca sempre la febbre. Il ventre, naturalmente all'infuori della perforazione, resta ben trattabile. Le enterorragie sono frequenti e talora gravissime. La mancanza della febbre, il dolore accessionale e più alto del punto di M. B., la trattabilità delle pareti addominali, possono costituire dei criteri distintivi con l'appendicite acuta. Trattandosi di piccoli bambini nei quali l'ulcera del diverticolo si presenti con una grave enterorragia, la diagnosi deve subito porsi con la invaginazione intestinale, affezione di gran lunga più frequente. Tuttavia nella invaginazione talora si riesce a palpare il budino caratteristico, e il sangue viene emesso non in grande quantità, ma a piccole riprese. La peritonite consecutiva è comune alle due affezioni. I polipi intestinali possono, essi pure, determinare emorragie gravi. In una parola, la diagnosi di ulcera del diverticolo, tranne qualche raro caso, è difficilissima, anzi impossibile, e l'affezione resta una sorpresa al momento dell'intervento.

Quando sia avvenuta la perforazione, la anamnesi forse potrà indirizzare ad ammettere un'ulcera del diverticolo, ma sarà difficilissimo po-

tere escludere le altre affezioni del tubo digerente, capaci di provocare con una frequenza enormemente maggiore una peritonite da perforazione. L'atto operativo rapido è l'unica tavola di salvezza, benchè — secondo quanto affermano Léréboullet e Brigard — la peritonite da perforazione diverticolare sia più grave di quella da ulcera gastro-duodenale.

***

Ringrazio vivamente il mio primario prof. O. Margarucci, che nella compilazione di queste note ha voluto concedermi dottrina e consiglio.

30 novembre 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

Sul pneumotorace contemporaneamente bilaterale.

Dott. P. F. ZUCCÒLA, primario e docente.

L'idea di applicare la cura collassoterapica bilateralmente non è cosa d'oggi, poichè già dal 1908 il Forlanini (1) aveva fatto qualche tentativo in quegli ammalati nei quali compariva una lesione in corrispondenza del polmone fino allora immune, comprimendo questo e diminuendo correlativamente la pressione gravante sul primo.

Ma tanto questi tentativi, quanto quelli posteriori di Fontana (2), di Feldmann (3), di Leon Bernard (4), di Bournaud (5), di Ameuille (6), di Carpi (7), si riferiscono tutti a casi di pn. successivamente bilaterale, resosi cioè necessario quando il polmone primitivamente leso era stato assoggettato da tempo più o meno lungo ad una compressione totale.

M. Ascoli (8) per primo pensò ad una compressione fin dall'inizio bilaterale consigliando, anzi che una immobilizzazione completa, un pn. di riposo, ponendo per tal modo il quesito della convenienza o meno di raggiungere, agli effetti utili della cura, pressioni positive, teoricamente l'immobilità assoluta del polmone. Concetto questo che veniva più tardi ripreso dallo Gwerder-Pedoja (9) coll'indicazione del pn. ad ipotensione ad indicazione sintomatica.

Il suggerimento non aveva avuto molto seguito forse come quello che veniva a capovolgere il canone consacrato dall'uso dell'applicabilità del metodo unicamente alle lesioni unilaterali e della consuetudine di sospendere ogni intervento colla comparsa di fenomeni controlaterali. Se non che l'esperienza clinica sugli effetti utili ed immediati della compressione unilaterale per modica che fosse, sembrava giustificare il tentativo di comprimere parzialmente entrambi i polmoni in modo da concedere ad essi quel tanto di riposo necessario all'attenuazione ed alla scomparsa almeno dei fenomeni più imponenti. Solo in questi ultimi anni qualche tentativo è stato fatto in tal senso: in America da Barlow e Kramer (10), in Francia da Ameuille (11), da Besançon e Jacquelin (12), in Germania da Fraenkel (13), da Sampson (14), da Friedland (15), da noi infine da E. Forlanini (16).

Dallo sfoglio delle singole relazioni i risultati finora ottenuti non sono nemmeno lontanamente paragonabili a quelli che si ottengono col pn. unilaterale, poichè a vero dire l'unico vantaggio che si ottenne fu una attenuazione dei sintomi generali e locali, con un correlativo miglioramento generale, però con un esito letale ad una scadenza variante dai 3 agli 8, ai 9, fino ai 16 mesi: non altro quindi che una sosta nel progredire della malattia, sosta che, per quanto breve, è dubbio se si sarebbe ottenuta, date le condizioni di alcuni pazienti, coi comuni sussidi terapeutici.

Gli ammalati curati colla collasso-terapia bilaterale si trovavano nei più disparati stadi di evoluzione della malattia e il grado di compressione necessario per ottenere effetti utili variò, come è logico, entro limiti assai ampi. L'Ameuille, il Besançon e Jacquelin, il Fraenkel, il Sampson trovarono sufficienti pressioni varianti tra 1 — 5, — 2, — 3, — 0, il Forlanini di — 3 o di — 7, — 8, raggiungendo pressioni positive solo nei casi con vaste aderenze pleuriche nei quali era possibile solo l'introduzione di piccole quantità di gaz.

Necessariamente anche il ritmo delle introduzioni doveva variare da caso a caso: Ameuille, Besançon e Jacquelin quando le lesioni erano di gravità approssimativamente uguale condussero i due pn. simultaneamente con introduzioni di 150 cmc. di N. che successivamente portarono a 300, 400, 500 cmc.; quando le lesioni non erano uguali incominciarono dalla parte più ammalata ed in modo più attivo e più energico in modo da ottenere un distanziamento del polmone dalla cassa toracica di 6-8 cm. comprimendo poi il polmone meno ammalato cercando di mantenerlo ad una distanza di 3-4 cm.; Barlow e Kramer lo iniziarono pure dal lato più ammalato e dopo 4 settimane dal lato meno colpito; identica fu la condotta seguita da Fraenkel, dal Sampson e dal Forlanini, senza però fissarsi a priori limiti di compressione. Ottenuto il miglioramento clinico, l'evoluzione della lesione, gli aggravamenti eventuali segnavano l'indirizzo della condotta da seguirsi.

Se non che agli effetti utili definitivi della cura occorreva la prova che la compressione limitata di un polmone fosse sufficiente ad impedire l'ulteriore progressione della lesione. Sebbene Lindblom (17), Pignet, Giraud (18), Parodi (19), Zuccola (20), all'autopsia di ammalati sottoposti a cura collassoterapica totale anche da anni abbiano potuto mettere in evidenza una germinazione recente di tubercoli in piena attività, è indubitato che un pn. parziale molte volte non dimostra una minore efficacia di un pn. totale e tal volta tale da giustificare l'affermazione di Kindberg (21), di Barlow e Kramer che con esso se ne ottengono anche dei maggiori. D'altra parte Hennel e Stivelmann (22), Barnet (23), Kindberg, Sforza (24) hanno dimostrato che in certi casi una decompressione del polmone collabito permette la localizzazione della compressione alla sola parte ammalata, mentre quella sana si riespande fino alla norma, Gwerder-Pedoja, Frey (25) hanno insistito sulla possibilità di localizzare la compressione unicamente sul punto leso bastando ciò a diminuire, anche a far scomparire, i fenomeni locali e generali con un risultato anche non semplicemente momentaneo e senza che il processo ulteriormente si estenda alla parte sana.

Rimandando a proposito del pn. ad ipotensione ad indicazione sintomatica a quanto ho già avuto occasione di riferire (20) e tralasciando ogni considerazione su quello di elezione sul quale prossimamente dovrò ritornare, sulla efficacia di una modica compressione ad impedire la diffusione delle lesioni tubercolari, devo ricordare le recenti ricerche del Giraud e del De-Reynier (26), i quali iniettando del lipoiodol nei bronchi hanno dimostrato in modo inconfutabile la permeabilità delle vie aeree non solo quando il polmone è sottoposto a pressioni negative, ma ancor quando lo è a positive. Di modo che tanto nell'un caso quanto nell'altro la produzione di embolie bronchiali è sempre cosa possibile poichè la porzione mediastinale del polmone contrariamente all'opinione di Leuret, Aumont, Delmas, Marsalet (27) continua a respirare: per ottenere la compressione totale dei bronchi capillari occorre che la pressione intratoracica non sia mai inferiore a + 13 (Lindblom). Sebbene tale constatazione non ci autorizzi la conclusione che si debbano sempre raggiungere pressioni positive di tal grado (anche per la difficoltà materiale di mantenerle in modo costante continuativo), poichè la esperienza clinica dimostra la possibilità di risultati ottimi con pressioni di gran lunga inferiori (nulla vietando di renderle sempre maggiori qualora le circostanze lo rendano necessario) non dimenticando che le pressioni quanto più deboli tanto meno riescono efficaci nell'impedire la diffusione del processo tubercolare, più per considerazioni cliniche che anatomiche non ci è sembrato il caso di dover respingere senz'altro la utilità di un pn. bilaterale ad ipotensione. Questo anche se Dumarest e Bette (28) senza reticenze affermino che di fronte allo sviluppo di una lesione bilaterale si debba senz'altro interrompere la cura se iniziata e Saugmann (29) affermi l'impossibilità di praticare simultaneamente un pn. bilaterale.

I casi nei quali ho applicato la cura collassoterapica bilaterale sono finora dieci; sulla tecnica seguita non posso che fornire indicazioni generali, dovendo variare il ritmo e il grado delle introduzioni a seconda della gravità delle lesioni iniziali e a seconda del mutare dei reperti fisici, radiologici, ecc.

Ho sempre iniziato la cura colla compressione del polmone maggiormente colpito insistendovi fino ad ottenere una notevole riduzione dei fatti umidi, dopo di che passavo al lato opposto; altre volte, quando l'estensione della lesione era approssimativamente uguale essa era fatta in modo alterno da una parte e dall'altra. Come regola prudenziale mi sono sempre attenuto a rifornimenti poco copiosi (di 100-150, raramente di 200-250 cmc.) poichè solo in tal modo il paziente riesce a sopportare il doppio carico senza soverchio disturbo, in nessuno ho mai tentato di raggiungere i 500 cmc. non volendo mettere a troppa dura prova le eventuali aderenze. Raggiunto il grado di compressione utile i rifornimenti vennero più o meno distanziati a seconda del reperto fisico e radiologico del polmone, ecc. Non ho mai seguìto il metodo indicato dal Besançon poichè i limiti fissati di 6-8 e di 3-4 cm. quale distanza dalla parete toracica del polmone più o meno leso non sono sempre esponente di una compressione efficace.

In cinque casi con lesioni non molto avanzate si è potuto ottenere la scomparsa dei fenomeni locali con un numero relativamente limitato di introduzioni (15-20). Nella tavola che segue è indicata la quantità di N. introdotto bilateralmente colle pressioni iniziali e terminali utili.

	azoto introd.		Press. iniziale		Press. termin.	
	destra	sinistra	destra	sinistra	destra	sinistra
Osser. I	1800	1500	— 14	— 18	— 7	— 9
» II	2400	1750	— 20	— 22	— 10	— 11
» III	2000	1900	— 20	— 18	— 6	— 11
» IV	1800	2400	— 15	— 17	— 9	— 5
» V	2800	1900	— 12	— 17	— 7	—

In altri cinque casi, in stadio notevolmente più avanzato, il numero delle introduzioni dovette essere assai maggiore (20-30) spingendo la compressione ad un grado assai più elevato.

	azoto introd.		Press. iniziale		Press. termin.	
	destra	sinistra	destra	sinistra	destr.	sinistra
Osser. I	2800	3200	— 20	— 21	— 7	— 4
» II	2800	3400	— 18	— 20	— 6	— 7
» III	3050	3500	— 15	— 12	— 4	+ 1
» IV	4050	2800	— 12	— 15	+ 3	— 8
» V	2600	3700	— 20	— 20	+ 2	— 7

A compressione utile avvenuta i rifornimenti vennero sempre più distanziati fino ad essere fatti solo più ogni 10 giorni salvo a ravvicinarli nuovamente quando ciò si rendesse necessario.

Nei primi cinque casi i risultati furono ottimi essendosi ottenuto una progressiva diminuzione, infine la scomparsa dei fenomeni locali e generali, correlativamente un aumento della nutrizione, un miglioramento della sanguificazione e delle condizioni generali (in tre ammalati il peso rimase stazionario, in due aumentò rispettivamente di 2 e di 3 kg.). Non altrettanto possiamo dire circa i casi del secondo gruppo, forme più avanzate, alcune delle quali con aderenze multiple estese e con formazioni cavitarie. Innanzi tutto in qualche caso la necessità di portare la compressione ad un grado notevolmente elevato non fu senza inconvenienti, poichè gli ammalati qualche volta ebbero ad avvertire accessi di cardiopalmo con sintomi di insufficienza cardiaca e respiratoria di una certa imponenza. In secondo luogo non sempre i risultati ottenuti furono gli augurati; in due i rifornimenti dovettero essere sospesi dopo due mesi circa poichè, date le aderenze, non solo non si potè ottenere una compressione utile; ma per essersi la bolla localizzata unicamente in corrispondenza della parte meno colpita, si determinò un'accentuazione del processo nella porzione del polmone non compresso tale da sconsigliare ogni ulteriore insistenza.

In tre casi la cura data da un periodo variante dai 5 ai 6 mesi e le condizioni perdurano soddisfacenti, in due la febbre scomparve fin dalle prime introduzioni, nel terzo permane ancora saltuariamente; in due casi il peso è rimasto stazionario, nel terzo è aumentato di 2 kg.

Due di questi ultimi casi meritano qualche considerazione. In uno nel quale il pn. di riposo datava da tre mesi si ebbe in due riprese alla distanza di un mese circa l'una dall'altra e rispettivamente prima nel polmone destro e poi nel sinistro un esaltamento dei fenomeni polmonari (ripresa della temperatura fino a 39-39,5; comparsa di abbondante espettorato, perdita assoluta dell'appetito con rapido scadimento delle forze e del peso) fatti dei quali si ebbe entrambe le volte ragione, determinando un collasso ancor più accentuato del polmone nel quale si era notata detta riacutizzazione. Una prima volta (a d.) la pressione di riposo fino allora mantenuta sul —5 —6 venne portata a + 2 — 4; nella seconda (a sin.) si ottenne un effetto utile portandola da —6 — 7 a — 4 — 3.

Nel secondo caso dopo tre mesi di collasso di riposo si sviluppò a sinistra un abbondante versamento pleurico, vennero cessati, come è naturale, i rifornimenti sottraendo sistematicamente tanto liquido quanto era necessario per mantenere nel gas soprastante quella pressione (— 4) dimostratasi necessaria per mantenere un pn. di riposo; a destra si continuò nei rifornimenti colla frequenza abituale. L'ammalata potè superare senza soverchi inconvenienti il periodo acuto della pleurite tanto che svuotata in modo definitivo del liquido residuo, i rifornimenti poterono essere ripresi col ritmo abituale. L'a. della crisi patita si era rimessa del tutto, aveva già abbandonato il letto, quando in seguito ad un rifornimento non superiore all'abituale (di 150 cmc.) si determinò la rottura del polmone con la formazione di un pn. a valvola rapidamente riproducentesi non ostante le ripetute sottrazioni e che la condusse a morte per insufficienza cardiaca.

I casi del primo gruppo si trovano in un periodo di cura che varia dai 9 (tre casi), ai 7 (un caso), ai 3 mesi (un caso). Essi si mantengono apirettici, non hanno sudori notturni, in due è completamente scomparsa la tosse ed in tre l'espettorato è ridottissimo. Uno è aumentato di 3 kg. di peso, tre si mantengono stazionari, uno è diminuito di 2 kg. non ostante le buone condizioni locali della lesione.

Senza voler dare un giudizio definitivo, per ora mi sembra di poter affermare che il pn. bilaterale ad ipotensione possa raccomandarsi nelle forme a carattere progressivo, a carattere bronco-pneumonico, più che non in quelle ulcero-caseose con formazioni cavitarie nelle quali la compressione è tecnicamente impossibile. Naturalmente vale anche per questo caso la regola generale che manchino aderenze troppo estese, invincibili o non distensibili, poichè una compressione parziale può, come a noi è parecchie volte successo, determinare un'esaltazione dei fenomeni locali e generali tali da compromettere definitivamente e rapidamente le sorti dell'ammalato. È quindi un metodo di cura da riservarsi — come appunto per le forme unilaterali — alle forme poco avan-

zate, e la cui condotta va sussidiata da un controllo clinico e radioscopico minuto e costante poichè su di esso va regolata la frequenza delle introduzioni, la quantità del gas da introdursi volta per volta.

Quando la compressione è fatta gradualmente e lentamente non si ottengono mai fenomeni a carico dell'apparato respiratorio e circolatorio di qualche entità, poichè è dimostrato che l'organismo può adattarsi a vivere con una superficie respiratoria ridottissima. Del resto è notorio che Bernard, Salomon, Thomas (30), Rist (31) hanno potuto applicare il pn. nelle più svariate forme di cardiopatie, non esclusa la stenosi mitralica con cianosi d'alto grado, e come proprio in questi ultimi giorni Coulaud (32) abbia potuto ottenere un collasso bilaterale totale senza che l'ammalato abbia avvertito alcun disturbo, neppure un aumento del numero dei respiri, mantenendo una spirometria non molto dissimile dalla norma. Fatto che se pure non potrà essere generalizzato ha il suo valore nel rendere facilmente superabili certi dubbi che il metodo può ingenerare contrastando esso troppo apertamente con quanto era finora comma indiscusso nell'applicazione della cura collasso-terapica.

BIBLIOGRAFIA.

(1) FORLANINI. *Pneumotorace bilaterale*. Riv. delle pubblicazioni sul pn. terap., 1911.
(2) FONTANA. *Tentativi di pn. bilaterale*. Ibid., 1922.
(3) FELDMANN. *Pneumotorace art. success. bilaterale*. La tubercolosi, 1920.
(4) LEON BERNARD. *Pneum. artif. bilateral*. Revue de la tuberculose, 1920.
(5) BOURNAUD. *Deux cas de pn. thérap. success. bilateral*. Soc. méd. des Hôp., 1920, e Etudes sur la tuberculose, 1922.
(6) AMEUILLE. *Deux cas de pn. bilateral*. Soc. méd. des Hôp., 1923, e Presse méd., 1923.
(7) CARPI. *Un caso di pn. art. success. bilaterale*. Soc. lomb. di scienze med. e biol., 1921.
(8) M. ASCOLI. *Ueber der kunstlischen pn. nach Forlanini*. Deutsch. med. Wochenschr., 1912, e Riforma Medica, 1912.
(9) GWERDER-PEDOJA. *Il pn. ad ipotensione ad indicazione sintomatica*. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1917, e Tubercolosi, 1921.
(10) BARLOW et KRAMER. *Selective collapse under partial pn*. Amer. Rewiew of Tuberkulose, 1922.
(11) AMEUILLE. *Deux cas de pn. artificiel bilateral*. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1923, e Presse méd., 1923.
(12) BESANÇON et JACQUELIN. *Le pn. partiel bilateral simultané*. Revue de la tuberculose, 1924, e Presse méd., 1924.
(13) FRAENKEL. *Ein Fall von doppelseitiger pn*. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur. Breslau, 1924.
(14) SAMPSON. *Doppelseitiger pneumothorax*. Berliner med. Gesellschaft. Sitzung 25 febb. 1925.
(15) FRIEDLAND. *Ueber doppelseitiger pn*. Beitr. z. klin. d. Tuberkulose, 1924.
(16) E. FORLANINI. *Di alcuni casi di pneum. terap. contemp. bilaterale*. La Riforma medica, 1925.
(17) LINDBLOM. *Zur Kenntnis der Heilung der Lungentuberkulose bei Pneumothoraxbehandlung*. Beitr. z. klin. d. Tuberkulose, 1922.
(18) PIGNET et GIRAUD. *Les paradoxes du pn. artificiel*. La Presse méd., 1924.
(19) PARODI. *Il meccanismo del pn. artificiale*. Il Policlinico, 1922.
(20) ZUCCÒLA. *Pneumotorace ad ipotensione ad indicaz. sintomatica*. Il Policlinico, 1922. — *Aderenze pleuriche totali nel decorso della collassoterapia*. Tubercolosi, 1923.
(21) KINDBERG. *Collapsus pulmonaire partiel dans le tub. pulmonaire*. La Presse méd., 1924.
(22) HENNEL et STIVELMANN. *Sur le pn. partiel*. La Presse méd., 1922.
(23) BARNET. *Collapsus pulmonaire electif*. La Presse méd., 1922.
(24) SFORZA. *Il pn. localizzato*. Tubercolosi, 1921.
(25) GWERDER-PEDOJA et FREY. *Pneumothorax par detension*. Zeitsch. f. Tuberkulose, 1922.
(26) GIRAUD et DE-REYNIER. *Perméabilité des voies aériennes et pneum*. Revue de la Tuberculose, 1925, e Presse méd., 1925.
(27) LEURET, AUMONT, DELMAS et MARSALET. *Donnèes nouvelles sur le pn. artificiel*. Annales de méd., 1922.
(28) DUMAREST et BRETTE. *La pratique du pn. artificiel*. Masson, 1923.
(29) SAUGMANN. *Resultats éloignés du pn. thérapeutique*. Paris méd., 1921.
(30) BERNARD, SALOMON et THOMAS. *Le pn. artif. chez les tuberculeux atteints de cardiopathies*. Soc. méd. des Hôp., 1922.
(31) RIST. *A props de la comunication de Bernard, Salomon et Thomas*. Soc. méd. des Hôp., 1924.
(32) COULAUD. *Pneum. bilateral total*. Soc. méd. des Hôp., 1925, e Revue de la Tuberculose, 1925.

(*Pervenuto in redazione il 10 luglio* 1925).

OSPEDALE S. BIAGIO DI DOMODOSSOLA.

Pneumotorace artificiale contemporaneamente bilaterale.

Dott. prof. EMILIO GIANI, medico primario.

È indicazione generale della terapia pneumatoracica che il pneumatorace terapeutico debba essere monolaterale; essendo la tubercolosi spesso bilaterale si affaccia facilmente la questione se non sia possibile curare una forma tubercolare già bilaterale o che la diventa tale in corso di cura pneumatoracica, con due pneumatoraci l'uno contemporaneo all'altro.

Forlanini (1) ha pubblicato un gruppo di casi dimostranti che a cura pneumatoracica ultimata il polmone può riespandersi e riprendere la funzione nelle parti non colpite ed in 4 casi ha potuto eseguire un secondo pneumatorace nell'altro polmone per una tisi insorta dopo la guarigione del primo; afferma che non si può pensare ad un secondo pneumatorace se non quando sia guarito il polmone curato col primo pneumatorace e questo polmone riespanso sia in tali condizioni da bastare, esso solo, alla intera funzione

del respiro: soltanto allora potrà essere estratto o lasciato riassorbire il primo pneumatorace, per dar luogo al secondo, dall'altro lato.

Ora se si prendono in considerazione le ricerche di Graziadei, Cavallero, Riva Rocci, e Carpi sulla ventilazione polmonare nei sani e negli individui affetti da riduzione di area polmonare respirante si può ritenere che una riduzione notevole della superficie respiratoria non debba influire notevolmente sulla economia dell'organismo. Cavallero e Riva Rocci (2) infatti studiarono la funzione del respiro in 12 individui affetti da riduzione di area polmonare respirante: 4 di tisi polmonare in cura di pneumatorace, 3 di tisi polmonare, 3 di pleurite con versamento, 1 di bronchite cronica ed 1 di pneumonite crupale (a crisi avvenuta). Le interessanti conclusioni a cui giunsero sono le seguenti:

1) Non vi è alcun rapporto fra il grado di riduzione dell'area polmonare respirante e la quantità dell'aria ventilata: qualunque sia la riduzione (sino a riduzioni del 66 %) la quantità di aria ventilata nel riposo oscilla intorno alla cifra normale.

La frequenza però nell'aria libera è leggermente aumentata mentre è di qualche poco diminuita la profondità media dell'atto respiratorio.

2) Poichè la ventilazione è normale, è necessariamente aumentata la ventilazione di una unità della superstite area respirante: tale aumento risulta all'incirca per 1/4 dell'aumento della frequenza e per 3/4 dell'aumento degli atti respiratori. Per riduzioni però dell'area respirante che superano il 66 %, il compenso avviene sempre a spese della frequenza, mentre diminuisce sempre più la profondità dell'atto respiratorio.

3) Gli ammalati con riduzione dell'area assorbono, per unità di peso e di tempo, la stessa quantità di ossigeno dei sani ma emettono una quantità leggermente minore di acido carbonico.

Però la diminuzione di peso che esiste negli ammalati affetti da riduzione di area respiratoria in confronto dei sani, fa sì che l'acido carbonico esalato e l'ossigeno ritenuto nell'unità di tempo, sia al di sotto della media dei sani, rappresentando l'ossigeno l'88 % della media normale, e l'acido carbonico il 78 %.

4) Il quoziente respiratorio è più basso della media normale.

5) La funzione respiratoria, nell'area polmonare ridotta, si compie come nei sani.

Questi risultati per quel che è della ventilazione polmonare, vennero poi confermati dal Carpi (3) col produrre delle riduzioni artificiali della superficie respirante in soggetti normali, mediante l'emiesotorace di Scarpa.

In base adunque a queste osservazioni risulta che una riduzione anche notevole dell'area respirante, persino del 66 % della totale, non modifica sensibilmente, nell'attitudine di riposo, nè la ventilazione polmonare nè il chimismo respiratorio, per cui si può ritenere che in casi di tubercolosi polmonare bilaterale o che diventa tale in corso di cura pneumotoracica, si possano contemporaneamente comprimere i due polmoni, purchè la compressione sia parziale.

Se non che si può obbiettare che così operando non si realizza il collasso polmonare completo, quale è indicazione per la guarigione sicura delle lesioni polmonari. Contro questa obbiezione stanno i recenti lavori di Barlow e Kramer (4), Hennell e Stivelmann (5), Leon-Kindberg (6), e Gwerder Pedoja (7), Bezançon et Jacquelin (8), che sono favorevoli per il pneumatorace parziale e che dimostrano che il collasso parziale del polmone non è affatto privo di efficacia terapeutica.

Basandomi su queste considerazioni mi sono deciso di creare in una mia malata, in cura di pneumatorace sinistro, un pneumatorace parziale a destra, in seguito al riacutizzarsi di lesioni tubercolari del polmone destro.

Valisi Pierina, d'anni 15, operaia all'iutificio di Villadossola. Gentilizio immune, nessun precedente personale notevole, entra in ospedale il 30 aprile per tubercolosi polmonare esordita un mese prima con ripetute emottisi. La lesione interessa quasi tutto il polmone sinistro a focolai disseminati, con piccola escavazione all'apice; il polmone destro presenta inspirazione aspra, espirazione prolungata con scarsi rantoli bollari piccoli all'apice, nel resto normale.

L'esame radiologico, eseguito dal radiologo dott. Minetti, presenta trasparenza polmonare alterata a sinistra per opacamento alla regione apicale sottoclaveare, velatura al terzo medio; alla base trasparenza buona. L'opacamento superiore è costituito da addensamento diffuso in cui sono riconoscibili macchie di ombre più dense; nel centro della regione fa risalto una piccola zona chiara a contorni irregolari. La riduzione di trasparenza nel terzo medio del campo appare radiograficamente dovuta a disseminazione di striature e tenue chiazzette più stipate verso la periferia. A destra trasparenza polmonare buona salvo lieve diminuzione all'apice a carattere uniforme. Coll'atto inspiratorio si ha un rischiaramento buono a destra; a sinistra è ben evidente solo nel terzo medio ed alla base; coi colpi di tosse accenna a rischiararsi anche l'apice sinistro. Contorno diaframmatico netto; i seni complementari si allargano bene bilateralmente. Cutireazione alla tubercolina debolmente positiva. Nulla di notevole al cuore ed ai reni. Espettorato sanguigno con presenza di bacilli di Kock, respiri 22-24, polso 62-68, pressione arteriosa 100 Hg, temperatura 38-38.9, peso kg. 30,500.

Il 4 maggio la malata ha una forte emottisi, per cui il 6 maggio inizio il pneumatorace a sinistra il quale con introduzioni di 200-300 cmc. di aria è completo dopo circa un mese. L'espettora-

to va gradatamente modificandosi e diminuendo di quantità, contemporaneamente diminuisce e scompare la febbre, si risolve il reperto apicale destro del quale solo residua l'asprezza del respiro e migliora lo stato generale. Dal luglio alla fine di agosto il pneumatorace viene rifornito regolarmente ogni 10 giorni e la nutrizione generale si mantiene buona. Verso i primi di settembre con un periodo febbrile di pochi giorni insorge una pleurite sinistra con versamento che aumenta lentamente così che il 13 ottobre pratico la toracentesi con estrazione di circa 400 cmc. di liquido corpuscolato e faccio il lavaggio della pleura con soluzione al clorosol. In seguito l'ammalata si rimette bene e si rifornisce regolarmente il pneumatorace ogni 8-12 giorni mantenendo una pressione sui +4+7. In questo periodo l'esame radiologico dà il seguente reperto: polmone sinistro discretamente compreso con aderenze apicali, alla base dell'emitorace leggero versamento liquido mobile; il campo polmonare destro presenta diminuzione di trasparenza in alto.

Ai primi di febbraio 1925 l'ammalata ha un attacco d'influenza durato pochi giorni con febbre sui 38.5, ed il polmone destro è invaso da numerosi rantoli a medie e grosse bolle, mentre a sinistra permane silenzio respiratorio, eccetto che nella regione sopraspinosa dove si ha rumore respiratorio, debole, lontano, con qualche rantolo sparso. Il 25 febbraio improvvisamente la malata è colta da dolore all'emitorace destro cui seguì emottisi copiosa, ed alla ascoltazione del polmone destro si sente respiro aspro con rantoli bollari, disseminati e sibili; pneumatorace e silenzio respiratorio a sinistra.

Con questa nuova complicazione sorse il dilemma o cessare il pneumatorace a sinistra per praticare il pneumatorace a destra o continuare il rifornimento a sinistra e tentare contemporaneamente il pneumatorace a destra. Poichè dal reperto fisico non si rilevavano fatti tali da far temere che colla compressione del polmone destro non restasse porzione di polmone atta al respiro e sufficiente da sola per l'intera funzione, mi attenni alla seconda preposizione ed il 2 marzo produco un pneumatorace di 200 cmc. a destra partendo da pressione iniziale di -15-8 e finale -10-3 e lo ingrandisco nei giorni successivi con piccole introduzioni da 50 a 200 cmc. assai lentamente e con somma prudenza. Sia la prima che le altre introduzioni sono bene tollerate; non si ha frequenza del polso, non cianosi, non vera dispnea, la pressione arteriosa oscilla sempre sui 90-100 Hg, così che continuo i rifornimenti sia a destra che a sinistra, graduando la pressione e la quantità d'aria secondo lo stato della malata, ed attualmente 5 mesi dopo la formazione del secondo pneumatorace le introduzioni vengono fatte a destra ogni settimana con pressione da — 5 a +3 e con 100-200 cmc. d'aria ed a sinistra ogni 12-15 giorni con pressione +6+10 e con 50-100 cmc. d'aria. Il reperto toracico col sussidio della radioscopia è il seguente: pneumatorace sinistro di volume abbastanza ragguardevole, il polmone sinistro è rappresentato da un'ombra adiacente al mediastino, debolmente respirante, lieve rumore respiratorio sulla scapola, debole, lontano: a destra pneumatorace di discreto volume, polmone compresso irregolarmente, rumore respiratorio posteriormente.

Il ricambio respiratorio massimo misurato colla maschera di Pech, che prima di iniziare la cura pneumatoracica era di I=1-lt.-300, E=1-lt.-200 oscilla ora in media sui I=1-lt.-100 E=1-lt.-100, cifre relativamente basse ma nell'ambito di quelle date da Robert (9), Guès (10) e Carrieu (11) per la tubercolosi polmonare. La riduzione della superficie respirante deve essere rilevante se si deve riferirla al pneumotorace di destra e di sinistra; quanto sia questa riduzione è difficile dire, certamente il ricambio respiratorio massimo non è stato influenzato alla compressione parziale dei due polmoni, dal momento che prima e dopo la cura pneumatoracica non ha subito grandi oscillazioni, il che prova come le porzioni di polmoni ancora respiranti sieno in grado di supplire ai bisogni del respiro.

La prova poi di una sufficiente somministrazione d'aria è pure data dallo stato generale della malata, che ha ripreso le sue forze, ha senso di benessere, il peso è aumentato di tre kg., l'appetito è buono, l'apiressia è completa.

Riassumendo: la malata è entrata in ospedale in condizioni gravi, la lesione tubercolare a carattere progressivo a sinistra che poi si propagò anche a destra, l'emottisi, la febbre, la negatività della cutireazione stavano per una prognosi piuttosto infausta. Questi fenomeni si sono gradatamente modificati sotto l'azione del pneumatorace; ed attualmente dopo 14 mesi di osservazione le condizioni sono migliorate, la febbre è scomparsa, lo sputo è negativo per il bacillo di Koch, la malata ha ripreso le sue forze, e può attendere a piccoli lavori senza alcuna difficoltà. Bisogna quindi riconoscere l'effetto favorevole in questa malata del pneumatorace parziale bilaterale.

Volendo dal presente caso trarne, con tutte le riserve qualche deduzione parmi dovrebbero essere le seguenti:

1) È possibile con successo una cura di pneumatorace contemporaneamente bilaterale, purchè la compressione dei polmoni sia tale da lasciare superficie respirante bastevole ai bisogni del respiro.

2) Il ricambio respiratorio massimo non è alterato dalla compressione parziale di entrambi i polmoni.

3) Il pneumatorace parziale bilaterale è ben tollerato e può essere di efficacia terapeutica.

BIBLIOGRAFIA.

(1) FORLANINI. *Del pneumatorace artificiale consecutivamente bilaterale.* Riv. del Pnx. ter., n. 12, 1911.

(2) CAVALLERO e RIVA ROCCI. *La funzione respiratoria negli individui affetti da riduzione di area polmonare respiratoria.* Giorn. intern. delle Scienze Mediche, 1890.

(3) CARPI. *La ventilazione polmonare nei sani sottoposti a riduzione sperimentale dell'escursione respiratoria.* Riv. delle pubblicazioni sul Pnx. terap., n. 7, 1910.
(4) BARLOW u. KRAMER. *Selective collapsus under partiel Pnx.* Amer. Rev. of Tuber., avril 1922.
(5) HENNELL u. STIVELMANN. *So called selective collapse in artificial pneumatorax.* Amer. Rev. of. Tuber., T. VII, n. 5, 1923.
(6) LEON-KINDBERG. *Collapsus pulmonaire partiel dans le Pnx.* Presse méd., n. 22, 1924.
(7) GWERDER-PEDOJA. Cit. da BEZANÇON et JACQUELIN in Presse méd., n. 75, 1924.
(8) BEZANÇON et JACQUELIN. *Le Pnx. partiel bilateral simultané.* Presse méd., n. 75, 1924.
(9) ROBERT. *Sur quelques applications cliniques du Masque Manometrique du Pech.* Th. Montpellier, 1921.
(10) EMILE GUES. *La misure du debit respiratoire maximum par la méthode et le masque manométrique de Pech.* Vigot, 1922.
(11) CARRIEU. *De quelques renseignements utiles fournis par l'emploi du masque manometrique de Pech.* Montpellier, 1924.

(*Pervenuto in redazione il 22 ottobre 1925*).

NOTE E CONTRIBUTI.

Sul comportamento della reazione novocaino-formalinica in alcune malattie contagiose

per il prof. dott. GIORGIO TRON, Milano.

Nel 1923 Costa propose un mezzo semplicissimo di diagnosi della gravidanza e degli stati tossiinfettivi con la reazione novocaino-formalinica.

Questa reazione si eseguisce facendo cadere tre gocce del sangue in esame in una provettina da sierodiagnosi, contenente un cmc. e mezzo di soluzione di cloridrato di novocaina al 2 % in soluzione fisiologica; si agita in modo da mescolare bene i liquidi e si centrifuga fino a chiarificazione completa. Si aggiunge allora una goccia di formalina.

In caso di reazione positiva si forma in un tempo più o meno lungo, un intorbidamento ad anello, in fondo alla provetta un poco al disopra dei globuli rossi. L'intorbidamento in caso di reazione fortemente positiva è precoce, quasi istantaneo, e si propaga rapidamente alle parti superiori della provetta, dando origine ad una polvere bianca che si deposita in quantità notevole sul fondo o sulle pareti della provetta. La reazione positiva si manifesta sempre in un periodo massimo di 15 minuti primi. Dopo questo limite di tempo si può avere un intorbidamento anche con il sangue di persone sane.

Nella stagione calda si aggiunge alla soluzione di novocaina 3 gocce di soluzione di citrato sodico al 5 %. Non disponendo di una centrifuga si ottiene il rischiaramento del liquido, ed il deposito dei globuli rossi, ponendo la provetta in ghiacciaia per alcune ore.

Secondo Costa la reazione è costantemente positiva nella gravidanza, nelle forme tossi-infettive, delle quali essa segue il decorso, accentuandosi quando la malattia si aggrava ed attenuandosi fino a scomparire nelle forme che volgono a guarigione. Essa vale quindi per la diagnosi di stato tossi-infettivo, per la prognosi in modo particolare e per stabilire anche l'efficacia di un dato metodo di cura.

La reazione è pure positiva dopo la introduzione nell'organismo per via parenterale di proteine eterogenee (iniezioni di latte, di vaccino tifico, ecc.).

La sostanza che precipita non è legata, secondo Costa, ai globuli rossi, nè al siero. Lavando i globuli rossi con soluzione fisiologica, prima di introdurli nella provetta con la novocaina, non si ha più reazione.

La prova praticata col solo siero è pure negativa La reazione dipende dal plasma. Essa è altresì legata alla soluzione fisiologica, perchè se la novocaina è sciolta in altre soluzioni isotoniche (glucosio, citrato sodico) avviene una precipitazione anche col sangue di persone normali.

Le vedute di Costa furono confermate da vari Autori.

Bagliani osservò che la reazione è costantemente positiva nel tifo, nella pleurite, nella broncopolmonite, nel reumatismo articolare, nell'appendicite, nell'empiema, nelle polisierositi, nella sifilide, nella tubercolosi. Negli stati preagonici essa diminuisce e può mancare. L'A. la propone quale mezzo per svelare le simulazioni nella medicina legale militare.

Dossena dimostrò che la reazione è indipendente dal numero dei globuli rossi, dalla formola leucocitaria, dalla morfologia degli elementi. Studiando i rapporti della reazione colla velocità di sedimentazione dei globuli rossi questo A. constatò che quando la reazione è positiva si ha sedimentazione rapida, e che quando essa è negativa si ha sedimentazione lenta, e che esiste un parallelismo netto fra le due prove.

Vercelli studiò il comportamento della reazione nella tubercolosi, giungendo alla conclusione che si hanno reperti positivi nelle forme in atto, mentre che nelle forme latenti la reazione si mantiene negativa.

Osservò pure che negli stati preagonici la reazione può mancare e che essa segue assai fedelmente l'andamento della curva febbrile.

Banaudi confermò queste vedute ed ammise che anche nelle forme latenti si ha reazione positiva.

Tassi trovò reazione positiva nei tumori maligni.

Rio osservò che la reazione è costantemente positiva nelle forme tossi-infettive, tanto che essa ha un alto significato prognostico.

Tesauro ebbe reperti positivi nella mestruazione e nella gravidanza e nelle infezioni acute, dopo la proteinoterapia e la vaccinoterapia.

Nardi, Steffanini ebbero risultati positivi nella sifilide, blenorragia ed affezioni cutanee.

Zampa ebbe reazione positiva nelle gravide albuminuriche.

Corsonello ebbe nella tubercolosi dei risultati incostanti ed osservò dei casi in piena evoluzione con reperto negativo. Secondo questo A. non esiste parallelismo fra la gravità della forma ed intensità della reazione, la reazione è incostante e quindi non ha alcun valore pratico.

Il meccanismo intimo della reazione fu accuratamente studiato da De Micheli, il quale concluse che la reazione si effettua solo col cloridrato di novocaina e non con i prodotti pari del commercio o con preparati analoghi.

Varie ipotesi furono emesse dal Costa e dagli AA. citati sulla natura della reazione. Per Costa la sostanza che precipita sarebbe legata a due corpi: uno tossico, del tipo dell'antigene, l'altro ad azione antagonista, che egli chiama sostanza di difesa. La reazione sarebbe così l'espressione di fenomeni immunitari specifici. Dossena ritiene che la reazione ha un significato analogo alla prova di sedimentazione dei globuli rossi, con la quale essa decorre parallela. Entrambe le reazioni riconoscono la loro causa in modificazioni del plasma sanguigno di ordine fisico-chimico, e di analoga natura.

*
* *

Mi sono proposto di studiare il comportamento della reazione novocaino-formalinica nelle malattie contagiose attualmente endemiche a Milano, con lo scopo di accertare il suo valore quale mezzo di prognosi.

Ho adoperato il cloridrato di novocaina di due case, una italiana (Erba) ed una francese (Usines du Rhône). Le prove furono fatte seguendo esattamente la tecnica prescritta dagli AA.

Ho sottoposto all'esame 62 casi di forme contagiose, eseguendo la reazione a diversi periodi della malattia.

Nel *morbillo*, nella *varicella* e nella *pertosse*, forme lievi e senza complicazioni, ebbi costantemente reazioni negative.

Nella *scarlattina* ebbi del pari reazioni negative anche nei casi gravi e mortali. Solo in due casi ottenni la reazione positiva e vi erano complicazioni in entrambi questi casi (broncopolmonite, ascesso).

Nell'*infezione difterica*, malattia tossi-infettiva per eccellenza, ebbi dei risultati non sempre concordanti. Nel 25 % circa dei casi osservai delle reazioni positive, nette, che seguivano il decorso dell'affezione, attenuandosi fino a scomparire col miglioramento dell'ammalato e con la guarigione. In qualche caso però notai un comportamento paradossale: la reazione si presentava negativa in un primo periodo della malattia, quando lo stato tossi-infettivo era più accentuato per poi farsi positiva tardivamente quando i sintomi tossici erano diminuiti.

Osservai infine vari casi gravi di tossi-infezione difterica con reperti costantemente negativi. In qualche ammalato ho praticata la reazione immediatamente prima ed un'ora dopo l'iniezione endovenosa di forti dosi di antitossina specifica (6-10.000 U. I.), ottenendo in entrambe le prove risultati negativi.

In casi di difterite con complicazioni ebbi reazioni negative nel corso di processi broncopolmonari, in alcuni ammalati. Ebbi invece risultati positivi in certe forme di eritemi da siero.

La tossina difterica aggiunta, in quantità di una o due gocce, nelle provette insieme col sangue in esame, non solo non provocò la comparsa della reazione ma dimostrò un potere inibitorio sul suo svolgimento, nei casi in cui il sangue dell'ammalato presentava reazione positiva.

Nelle *tonsilliti streptococciche* ottenni delle reazioni positive, in certi casi ben marcate e nette e che seguivano perfettamente il decorso clinico della forma morbosa.

Nella *meningite cerebrospinale da meningococco* osservai in alcuni casi delle reazioni intense, nette, che seguivano l'andamento infausto della malattia, fino all'esito letale, o che diminuivano di intensità corrispondentemente al miglioramento del malato ed in altri dei reperti negativi nei primi tempi della malattia e positivi più tardi, mentre le condizioni dei pazienti permanevano gravi. Ebbi pure in questa forma morbosa alcuni casi con reperti costantemente negativi.

Dopo l'*iniezione parenterale di proteine* (siero antidifterico ed altri prodotti immunitari) ebbi risultati non concordanti.

Concludendo: dalle mie ricerche risulta che la reazione novocaino-formalinica corrisponde solo nel 25 % dei casi nelle malattie contagiose prese in esame. Quando si ha reazione positiva marcata si è sempre in presenza di forme tossi-infettive gravi. Si possono però osservare delle forme tossi-infettive gravi e gravissime in cui la prova si mantiene costantemente negativa.

La reazione novocaina-formalinica è probabilmente l'espressione di alterazioni fisico-chimiche del plasma sanguigno, alterazioni che, pur non essendo specifiche per nessuna forma morbosa particolare, si ritrovano con una certa frequenza in svariate malattie tossi-infettive, in grado più o meno accentuato a seconda della forma morbosa e delle condizioni dell'ammalato.

AUTORI CITATI.

BAGLIANI. Policlinico, Sez. prat., 1923; Giornale di medicina militare, 1924; Riforma Medica, 1925.
BANAUDI. Il Morgagni, 1924.
CORSONELLO. Riforma Medica, 1925.
COSTA. Atti della Soc. Lomb. di Sc. Med. e Biol., 1923-1924; Riforma Medica, 1923; Rivista di Ostet. e Ginec. Prat., 1923-1924; Policlinico, Sez. pratica, 1924.
DE MICHELI. Atti della Soc. Ital. di Ost. e Ginec., 1924; Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche, 1925.
DOSSENA. Annali di Ostet. e Ginec., 1923; Atti del Congresso di Ostet. e Ginec., 1924.
NARDI. Pensiero medico, 1924.
RIO. Atti Congresso Ostet. e Ginec., 1924.
STEFFANINI. Giornale Ital. malattie veneree della pelle, 1925.
TASSI. Atti Congresso Ostet. e Ginec., 1924.
TESAURO. Ibid.
VERCELLI. La Tubercolosi, 1924.
ZAMPA. Atti del Congresso Ostet. e Ginec., 1924.

COMMENTI.

Sui limiti della profilassi chininica.

Al dott. V. E. OVAZZA.

Una brevissima replica al tuo cortesissimo invito.

Ho detto, ho scritto — e non soltanto detto e scritto, ma anche, fin dove ho potuto, messo in pratica — ed ora ripeto, che la profilassi chininica è bene abbia dei limiti ad evitare la piaga delle febbri malariche croniche, e che invece è necessario assolutamente che il malarico sia per lungo tempo curato con forti dosi di chinino. Convengo che non sia facile stabilire dove finisce la malaria lieve e dove comincia la malaria grave: ma appunto per questo, se nelle zone nelle quali la malaria oggi è notoriamente lieve e anche in quelle nelle quali questo carattere lieve non può esser con sicurezza affermato, anzichè profilassare, curiamo intensamente e prolungatamente, così come intende l'Ascoli e come ho praticato anch'io, tutti i malarici, accadrà che ivi il paludismo scomparirà e scompariranno i casi di malaria cronica. D'altra parte, se nei paesi nei quali la malaria è notoriamente grave cominciamo dal profilassare seriamente la popolazione senza trascurare la cura dei malati, dopo pochi anni questi luoghi dovranno diventare — e gli esempi non mancano — luoghi di malaria lieve ed allora dovranno esser trattati con limitazione della profilassi e intensificazione della cura.

Non ti sembra giusto, caro e bravo collega?

D'accordo con te, s'intende, che oltre al chinino sia utile in ogni luogo una difesa meccanica razionale e nei singoli individui la terapia coadiuvante.

Dott. A. LUSIGNOLI.

Tentativo di cura della leucemia con inoculazione di sangue infetto da Plasmodium vivax.

Leggo nel n. 50 della Sezione pratica del *Policlinico* una nota del dott. Tommaso Lucherini dal titolo sopra riportato.

A quanto mi è noto sarebbe il 1° tentativo, dopo quello di Schupfer, di cura della leucemia coll'infezione malarica.

Dal mio schedario bibliografico mi risultano però osservazioni relativamente recenti di due autori circa l'influenza dell'infezione malarica accidentale su forme leucemiche. Riproduco brevemente gli appunti: G. ROSENOW, *Deut. Med. Woch.*, 1918, 26 settembre, pag. 1070-1072:

In militare malarico dal 1917 si riscontrò una forma di leucemia mielogena che fu messa in relazione coll'infezione malarica. Recidivata la malaria, dopo tre attacchi febbrili i leucociti, da 74,000, scesero a 11,750 — scomparvero i mielociti e aumentarono i polinucleari — migliorarono le condizioni generali.

I. W. MACFESIE, *Annals of Trop. Medic. and Parasit.*, 1920, 15 marzo:

Ha osservato due casi di leucemia (1 mielogena e 1 linfatica) nei quali accessi intercorrenti di malaria hanno fatto notevolmente diminuire i leucociti: in un caso da 326,250 a 100,870 e a 62,900. Iniziata la cura chininica cessarono le febbri e tornarono ad aumentare gradatamente i leucociti in circa 20 giorni.

Dott. GUIDO BINI.

Il dott. Bini ha ricordato due lavori riguardanti l'influenza che l'infezione malarica *accidentale* esercita sulla leucemia. Il ricordo non è perfettamente corrispondente all'argomento della mia comunicazione, nella quale è in verità riferito un *tentativo di cura* della leucemia con l'inoculazione di sangue infetto di «plasmodium vivax», tentativo che, per quanto mi consta, dopo Schupfer non è stato fatto da alcun altro. Invece gli AA. citati dal dott. Bini hanno soltanto osservato le modificazioni ematologiche che si verificano, quando la leucemia è complicata accidentalmente dalla malaria. Ora appunto uno degli stimoli a compiere le mie ricerche mi è stato dato da quanto si conosce sulle variazioni quantunque passeggere della formula ematologica leucemica nei processi infettivi di vario genere (quindi anche nella malaria come nel caso di Schupfer) che vengono a complicare la leucemia. Colgo perciò l'occasione per ringraziare il dott. Bini dell'aver contribuito con le sue due citazioni a valutare quest'ultimo già noto concetto, da cui io son partito per compiere il mio tentativo di cura.

Roma, gennaio 1926.

Dott. T. LUCHERINI.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Fattori indeterminati nell'etiologia delle neuropatie.

(F. G. ZABRISKIE. *Journal Amer. Med. Ass.*, 12 settembre 1925).

Le nostre conoscenze sulla etiologia e patogenesi delle malattie del sistema nervoso vanno continuamente progredendo. Al riguardo le ricerche serologiche e micrografiche hanno apportato un notevole contributo. Tuttavia ancora molto resta da fare. Grazie alla scoperta dell'agente specifico della sifilide e della reazione di Wassermann non esiste più alcun dubbio sui rapporti tra sifilide e paralisi progressiva e tabe. Ma rimane ancora da decidere come e perchè alcune sifilidi diano tali manifestazioni nervose ed altre lesioni a carico di altri organi. Così sono intravisti vari tipi d'infezione da piogeni o da virus con azione elettiva sul sistema nervoso, ma la loro natura resta ancora da determinare. Noi sappiamo ora che la poliomielite acuta è una malattia infettiva ed epidemica, e che, come per altre infezioni, vi possono essere i portatori del virus che sono responsabili della diffusione della malattia. Ma non si è ancora riusciti ad isolare sicuramente l'agente specifico. Parimenti deve ancora accertarsi l'agente dell'encefalite epidemica, la cui natura è sempre oscura. La coincidenza delle epidemie d'influenza con quelle d'encefalite ha reso il problema ancora più indaginoso.

D'altra parte per il sistema nervoso più che per altra parte dell'organismo esiste qualche cosa ancora d'ignoto che lo rende più suscettibile alle infezioni. Il comportamento dei sistemi nervosi dei singoli individui di fronte alle infezioni è variabilissimo, e noi siamo ancora lontani dall'intravvedere le ragioni di questa particolare suscettività individuale. E meno ancora noi conosciamo le ragioni per le quali un'infezione latente esplode improvvisamente localizzandosi nelle varie parti del sistema nervoso.

Anche le intossicazioni croniche di origine non infettiva si comportano in modo da far pensare che le loro manifestazioni sintomatologiche non si verificano senza il concorso di altri fattori. Un esempio tipico è dato dall'alcoolismo cronico. Un individuo può essere lungamente ed intensamente intossicato dall'alcool senza mai presentare sintomi di delirium tremens o di polineurite. Questi disordini si verificano talvolta improvvisamente senza cause apparenti. Bennke ritiene che tali affezioni siano dovute all'azione di veleni intermediari o ad infezioni intercorrenti; Bonhoeffer in base alla osservazione che esse si verificano con maggior frequenza in marzo ed in settembre pensa siano dovuti al fatto che l'alcool brucia più lentamente durante la stagione calda; Wagner von Jauregg le attribuisce all'azione concomitante dei veleni organici prodotti dalle lesioni indotte dall'alcool nell'apparato digerente; Fabriskie riferisce un caso nel quale il delirium tremens e la polineurite si verificò in un alcoolista in seguito ad eccessivo affaticamento e ad un attacco d'influenza. Per altro la letteratura registra molti casi nei quali il delirium tremens si è verificato negli alcoolisti in seguito ad un trauma.

Certo è che vi sono alcuni fattori che possono assumere notevole importanza nello sviluppo delle lesioni nervose nella sifilide congenita. Al riguardo sono stati fatti interessanti studi sul contegno dei lipoidi durante lo sviluppo, sulla loro proporzione durante i vari stadi della mielinizzazione e nei vari stati morbosi. Pfeiffer sostiene che i lipoidi i quali scompaiono dalla corteccia delle surrenali durante le intossicazioni acute si mobilizzano nel sangue allo scopo di neutralizzare gli enzimi proteolitici messi in libertà durante l'intossicazione primaria, per modo che probabilmente v'è una certa relazione fra queste due sostanze e le alterazioni sifilitiche dell'organismo.

Flexner sostiene la stretta somiglianza del virus erpetico e del virus encefalitico; Doer a mezzo d'inoculazione corneale di virus erpetico ha ottenuto nei conigli una sindrome encefalitica convalidando la teoria che l'herpes è una condizione patologica generalizzata e non un'affezione locale.

Lo stesso Flexner riferisce un caso molto singolare: il liquido cefalo-rachidiano d'un individuo sifilitico, ma esente da ogni sintoma d'encefalite, d'herpes o d'altro, mentre era curato con mercurio e arsenobenzoli, fu inoculato a conigli i quali, in seguito all'inoculazione stessa, invariabilmente presentavano segni d'encefalite. Quest'esperienza dimostrerebbe l'esistenza nell'organismo di sostanze attive capaci di produrre in altri organismi affezioni specifiche. Purtroppo allo stato dei fatti manca ogni elemento per dare una spiegazione ad un così strano fenomeno. Comunque esso dà ragione del manifestarsi di alcune malattie senza alcuna causa apparente: basta un qualsiasi squilibrio umorale per rendere l'organismo attaccabile degli agenti patogeni che esso contiene anche allo stato normale.

I progressi degli studi sui colloidi e la determinazione di leggi sempre più esatte sul loro contegno promettono la soluzione di molti pro-

blemi ancora oscuri. Il campo dell'elettrodinamismo, della chimica colloidale e delle loro relazioni con il sistema nervoso, è stato appena esplorato.

Non è dubbio che per alcune affezioni del sistema nervoso esistono fattori ancora indeterminati. Vi sono i poteri di resistenza dell'organismo la cui distruzione lascia attaccare liberamente il tessuto nervoso dagli agenti patogeni. Questi poteri sono verisimilmente legati all'equilibrio elettrodinamico e colloidale, che a sua volta è governato dal sistema simpatico.

DR.

La sindrome Gasseriana.

(F. LÉVY. *Gazette des hôpitaux*, n. 74, 1925).

La sofferenza del ganglio di Gasser si manifesta con una sintomatologia caratteristica che però è confusa spesso con altre espressioni cliniche di reazione nervosa, più o meno distante dal cavo di Meckel. Così è avvenuto che nella patologia della sindrome sfenopalatina si son fatte rientrare delle manifestazioni morbose provenienti indiscutibilmente dalla regione gasseriana.

I rapporti anatomici del ganglio di Gasser (cavo di Meckel, seno cavernoso, carotide interna, 3°, 4° e 5° paio nn. cranici) rendono ragione delle lesioni e dei sintomi constitutivi della sindrome. Il g. di Gasser può essere la sede di lesioni sclerogommose, ganglio-meningee, o ganglio-radicolari, di formazioni neoplastiche, di emorragie talvolta bilaterali complicanti una frattura della base cranica; e può inoltre essere compresso da formazioni ossee (esostosi, carie, fratture, osteite), meningeee (tumore, tubercolosi a tipo pachi meningitico, sifilide sclerogommosa) vascolari, come l'aneurisma della carotide interna. La sindrome Gasseriana completa nel suo sviluppo presenta tre periodi, i due primi costanti, l'ultimo incostante.

Si ha dunque: 1) *la fase dei dolori nevralgici;* 2) *la fase di paralisi del trigemino sensitivo e motore;* 3) *la fase dei disturbi trofici.*

I fenomeni dolorosi che aprono la scena sono ora persistenti, ora passeggeri, di pochi giorni, rapidamente seguiti dai segni di paralisi, a carattere nevralgico, alcuni continui, altri accessionali a tipo di scosse elettriche o di punture di spilli, realizzando, cioè, il quadro della nevralgia facciale sintomatica, con invasione in genere progressiva delle tre branche. I fenomeni paralitici compaiono entro limiti di tempo variabili da quindici giorni, un mese, a uno, due anni La paralisi del trigemino sensitivo, parziale o completa, appare nella sfera di distribuzione per modo che è possibile seguire con la spilla esploratrice la proiezione anatomica del nervo. Non raramente la branca motrice partecipa alla paralisi, donde deviazione del mascellare inferiore, e rapida atrofia muscolare della fossa temporale e della regione massaterina. Quando i nervi masticatori non sono paralizzati presentano spesso una diminuzione notevole della eccitabilità faradica. I disturbi trofici, ultimi a comparire, non sono rari, e dipendono dalla progressione distruttiva della lesione. L'occhio è precocemente colpito: da una leggera fotofobia con arrossamento congiuntivale e lacrimazione, alla cheratite neuroparalitica anche ulcerosa con esito in stafiloma, in panoftalmite. Si è descritto anche lo stato secco e desquamativo della pelle, la carie e caduta dei denti, le eruzioni zosteriane recidivanti della cute e delle mucose, la rinite atrofica.

La sindrome pura è rara, e più frequentemente è associata a paralisi dei nervi cranici vicini, specie degli oculomotori, come nella sindrome di Gradenigo, o del facciale. Esistono eccezionali sindromi gasseriane bilaterali. Le forme acute e subacute sono ordinariamente legate a lesioni infiammatorie, con febbre e fenomeni meningocerebrali: vomito, cefalea, sonnolenza, contratture, convulsioni, iperreflessia, trombosi del seno cavernoso. Sono quasi sempre forme gravissime ad esito letale. La sindrome cronica quando è determinata da un tumore progredisce e termina, più o meno a lungo, con la morte in piena cachessia.

La diagnosi è facile quando tutti gli elementi sono riuniti, ma all'inizio può essere delicata, e difficile a differenziare da quella di nevralgia facciale essenziale, e di sindrome sfenopalatina. Più importante è la diagnosi etiologica. Dapprima bisognerà ricercare una lesione auricolare, l'osteite o la necrosi della *fovea trigemini*, l'osteite del canale carotideo; poi si penserà alla sifilide ricercandone tutti i segni generali, e infine al neoplasma o ad altre affezioni del tutto eccezionali e quasi sempre incurabili (aneurisma della carotide interna, ecc.). Il buon trattamento, dunque, dipende da una buona diagnosi. Se si tratta di osteite della rocca con paralisi del sesto paio e accenno alla sindrome del ganglio di Gasser, conviene astenersi, salvo ad agire non appena i sintomi si fanno più gravi e la sindrome Gasseriana diviene manifesta, per liberare ed estirpare il ganglio se occorre, e tentare una prudente *toilette* della punta della rocca. Nel caso di sifilide si ricorrerà a un trattamento mercuriale energico, all'ioduro ad alte dosi, agli arsenobenzoli e sopra tutto al bismuto. Contro i dolori della nevralgia facciale non si debbono

tentare in linea generale le iniezioni intranervose di alcool, e nemmeno le iniezioni nei fori della base cranica, che non calmano i dolori la cui causa è situata troppo in alto. L'exeresi chirurgica di un neoplasma interessante la regione gasseriana è un atto operatorio audace e arrischiato, poichè le lesioni di vicinanza espongono anche in caso di successo operatorio, all'insuccesso terapeutico.

Resta la neurotomia retrogasseriana, che tentata quasi esclusivamente nei casi di nevralgia detta essenziale, avrebbe indicazione anche nella nevralgia sintomatica di una lesione del ganglio di Gasser inaccessibile alle cure mediche, se l'esacerbazione del dolore è tale da rendere insopportabile la vita al malato. Non bisogna tuttavia affrettarsi ad accogliere l'idea della operazione, rammentando che i dolori non sono in generale durevoli, ma si attenuano spesso con la comparsa dei disturbi della sensibilità obbiettiva.

A. PICCINELLI.

MUSCOLI.

Contributo alla conoscenza della miosite infettiva.

(GÖRAN HOLM. *Acta Chir. Scandinavica*, vol. LVII, fasc. 5°).

L'A. ricapitola brevemente tutta la letteratura esistente su questa malattia. Letteratura proveniente in massima parte da Istituti giapponesi, e così dopo avere riassunto l'etiologia, il decorso clinico, l'anatomia patologica della miosite infettiva ne riporta 7 casi personali. Secondo l'Holm per miosite infettiva si deve intendere la prima o l'unica localizzazione di un agente infettivo proveniente da altro focolaio esistente nell'organismo oppure almeno la prima localizzazione importante di una infezione criptogenetica. L'agente è quasi sempre lo stafilococco piogene aureo. Solo in due casi essa era dovuta a streptococco e questi casi finirono con la morte del paziente. Del resto i casi dell'A. corroborano l'esperienza degli altri e mettono in evidenza alcuni punti sui quali non era stata ancora richiamata l'attenzione. Per es. in uno dei casi la muscolatura del laringe fu sede del male, mentre si sa come questo prediliga i grandi muscoli dell'organismo e precisamente in ordine di frequenza la muscolatura dell'arto inferiore, dell'arto superiore, e del dorso. Inoltre appare da questa serie di casi che l'intera tumefazione palpabile in stadi precoci e una gran parte della tumefazione stessa in alcuni casi avanzati può essere prodotta da un crampo tonico localizzato del muscolo malato e non, come si potrebbe pensare all'esame clinico da essudati infiammatori o pus. Tale affermazione dell'A. è suffragata dall'esame istologico di pezzi di muscolo. Di modo che una porzione maggiore o minore della tumefazione palpabile può così sparire se si esamina il paziente in narcosi. Spesso con appropriati trattamenti locali la malattia risolve spontaneamente, in altri casi evolve verso la suppurazione e la formazione di un ascesso e l'A. fa risaltare la difficoltà che presenta l'apprezzamento dell'estensione di una raccolta situata nell'interno del muscolo. Le complicazioni alle quali può dare luogo questa forma di miosite sono i flemmoni che si possono avere quando perforata la fascia il pus si fa strada nel sottocutaneo o negli spazi intermuscolari. Oppure la setticopiemia. Anatomo-patologicamente si può distinguere una forma di grosso ascesso unico una con piccoli ascessi disseminati e un'altra infiltrazione purulenta diffusa del muscolo. L'esame microscopico dimostra il quadro conosciuto di una flogosi di un muscolo striato. La diagnosi non presenta mai difficoltà altrochè nei casi molto precoci senza alcun segno locale altro che il dolore, nei casi di psoite con formazione di ascessi e in caso ad andamento molto cronico che simulano facilmente un sarcoma.

La terapia deve consistere da principio nell'immobilizzazione ed applicazioni calde; qualora si formi una raccolta bisogna inciderla e drenarla.

M. ASCOLI.

Sulle alterazioni dei muscoli volontari nell'influenza.

(SUPERBI. *Lo Sperimentale*, fasc. III-IV, 1925).

Uno dei sistemi più spesso colpito dal processo tossinfettivo dell'influenza, è quello muscolare cioè il complesso dei muscoli volontari.

Infatti sono noti i dolori muscolari con sede prevalentemente alla nuca, ai lombi, agli arti, dolori che talvolta sono accompagnati da tutti gli altri sintomi (febbre, ecc.), e che altre volte invece, sebbene più raramente costituiscono uno dei sintomi principali, sia per la costanza della loro durata, sia in special modo per l'intensità abnorme che ha fatto dare a tali forme anche il nome di reumatoidi.

Non ostante la relativa costanza di tale sintomatologia, l'attenzione degli anatomo-patologi fu ben poco attirata alla ricerca dei rapporti fra le eventuali alterazioni del tessuto muscolare e i sintomi suaccennati. Tuttavia alcuni infirmarono la degenerazione cerea, altri il rigonfiamento torbido, altri ancora tracciarono il quadro clinico della miosite influenzale.

L'A. ha eseguito ricerche sistematiche sull'argomento, prelevando a tale scopo frammenti di

tessuto muscolare dai cadaveri di 12 influenzati venuti a morte.

Le lesioni riscontrate vanno tutte interpretate come fatti reattivi e degenerativi di ordine tossico. Il rigonfiamento torbido è stato sempre presente pur variando di grado anche da fibra a fibra.

Contemporaneamente l'A. ha notato una moltiplicazione dei nuclei delle fibre muscolari, i quali allungandosi talvolta moltissimo, danno luogo per divisione diretta ad un numero di elementi che può essere molto rilevante, disposti a formare catenelle regolari o ammassi circoscritti, localizzati in ogni caso alla periferia della fibra sotto il sarcolemma.

Sempre presente è pure la degenerazione cerea alle volte in grado iniziale, alle volte invece poche fibre sono rimaste indenni, essendo la maggior parte di esse ridotte ai sarcolemmi per lo più ancora integri, dilatati in alcuni punti per i blocchi di sostanza cerea nei quali la fibra si è suddivisa e ristretti nei punti intermedi privi di contenuto, così da assumere un aspetto moniliforme.

Nel maggior numero dei casi, l'A. ha osservato che i nuclei del sarcoplasma che avevano proliferato si circondano di protoplasma e si raccolgono negli interstizi fra blocco e blocco iniziandone il riassorbimento, per un processo di vera e propria fagocitosi che viene disimpegnato però soltanto da quelle cellule aventi forma epitelioide, poichè gli elementi fusati hanno invece l'ufficio di rigenerare la fibra o il tratto di fibra alterata.

Raramente sono state osservate forme cariocinetiche.

Queste alterazioni muscolari possono o meno considerarsi specifiche dell'influenza?

È ovvio che deve rispondersi di no, poichè è noto come tali fatti reattivi e degenerativi di origine tossica si riscontrino in molte altre malattie a carattere setticemico, prima fra tutte il tifo. Lesioni analoghe si sono dimostrate anche nel vaiolo, nella scarlattina, nella roseola, nella polmonite, nella tbc. miliare acuta ed in generale in tutte le setticemie stafilococciche e streptococciche.

Circa la spiegazione dei sintomi clinici che si verificano a carico dell'apparecchio muscolare nel corso dell'influenza, essi potrebbero essere messi in relazione con alterazioni emorragiche e degenerative riscontrate nel sistema nervoso centrale.

Vorpahl sostiene l'ipotesi che le mialgie influenzali siano in relazione con forme lievi di miosite.

Nell'influenza dunque nulla di preciso può dirsi sull'origine dei sintomi muscolari, onde occorre limitarsi a scegliere quella delle ipotesi sopra citate: la nervosa, la degenerativa, l'infiammatoria, che è sempre la più attendibile.

Concludendo dai dati anatomo-patologici si può dedurre che nell'influenza si hanno alterazioni a carico dei muscoli volontari di ordine tossico-degenerativo secondo alcuni autori, infiammatorio, secondo altri. Le prime sono indubbiamente le più frequenti e di intensità proporzionale alla durata della malattia, non tutte però hanno carattere di specificità della forma influenzale poichè solo in parte probabilmente concorrono alla spiegazione dei fatti dolorifici del periodo acuto e delle sindrome asteniche post-influenzali.

A. POZZI.

IGIENE.

Lo studio biologico della Risaia.

Contributo allo studio dell'Anofelismo senza malaria. (*)

Prof. GIULIO ALESSANDRINI

Il fatto di poter rilevare la quasi totale scomparsa della infezione malarica nelle risaie di molte regioni d'Italia, dove l'anofelismo è forse ancora più intenso che nelle Paludi Pontine, in cui la malaria continua ad imperversare, ha indotto l'A. a riprendere le sue ricerche sull'argomento, con lo studio metodico e rigoroso di tutti i fattori che costituiscono i varii « habitat » della larva anofelica.

L'ambiente della risaia moderna, a tipo alterno, con aratura profonda, abbondante concimazione e mondatura diligente, a differenza di quello della risaia primitiva, offre alla larva anofelica condizioni di vita ottime sotto tutti i punti di vista, poichè l'acqua delle così dette camere della risaia e quella dei canali di deflusso è limpida, poco movimentata, poco profonda, ricca di ossigeno, priva di sostanze in putrefazione, di gas letali o comunque nocivi, ricca di alghe clorofilliche (ben 35 specie ne ha studiate l'A.) e scarsa di protozoi.

La larva non consuma energie nè per la respirazione, poichè trova ossigeno in superficie e in profondità, nè per la nutrizione, poichè trova alla sua portata gli alimenti i più nutrienti, che ingerisce a mezzo di movimenti vorticosi dell'acqua, prodotti dai pettini laterali della bocca, e immette nel suo intestino piccola quantità di protozoi, sfuggendo la maggior parte di essi all'attrazione dei vortici sopradetti.

Da ciò: rigoglioso sviluppo della larva, la qua-

(*) Estratto dal volume: *La Risicoltura e la malaria nelle zone risicole d'Italia*, edito a cura dei Ministeri dell'Interno e dell'Economia Nazionale. Tip. Camera dei Deputati. Roma, ott. 1925.

le presenta robustezza delle pareti dello stomaco e dell'intestino che è facile isolare e studiare all'autopsia. Essa inoltre ha un colorito verde, verdastro, raramente bruno-verdastro, per la straordinaria quantità di alghe ingerite.

L'acqua torbida, limacciosa, quasi immobile, ricca di sostanze in putrefazione, di gas metanici, solfidrici, irrespirabili e nocivi, scarsa di ossigeno in profondità, di alghe clorofilliche, e popolata da protozoi, da abbondante flora batterica e da detriti di varia natura, è l'ambiente delle paludi, in cui vive a stento la larva anofelica la quale, per essere costretta a raggiungere spesso la superficie per respirare l'ossigeno dell'aria, subisce un grande consumo di energie. Essa appare di un colorito bruno, bruno verdastro, e, per la fragilità delle pareti del suo apparato digerente, rende difficile il còmpito del settore e dell'osservatore al microscopio.

Essa soffre nella respirazione per la scarsezza dell'ossigeno e non si alimenta a sufficienza per la poca quantità di alghe clorofilliche di cui può disporre e perchè i numerosi protozoi o sfuggono alla sua attrazione o passano inalterati ed incistati attraverso il suo tubo digerente.

Tralasciando di studiare tutte le condizioni di vita intermedie fra questi due estremi di « habitat », l'A. persegue nelle pazienti ricerche affine di stabilire se questi due gruppi di fattori, così diversi fra loro abbiano influito sulla larva, studiandola nel suo ultimo stadio, quando ha cessato quasi del tutto di nutrirsi ed ha rinunciato a qualsiasi movimento.

Ci riferisce quindi una serie di misurazioni comparative della testa, del torace e degli otto segmenti dell'addome di 40 larve risicole e di 40 larve paludicole, giungendo a stabilire che, specialmente per quanto riguarda le misure dei segmenti 2° 3° 4° 5°, le larve risicole portano il primato sulle paludicole, e che l'indice somatometrico prova, cogli altri elementi, che l'ambiente di vita anofelico ha una grande importanza sulle condizioni di sviluppo delle larve, favorendolo se si tratti di risaia, limitandolo se si tratti di palude.

Possiamo da ciò arguire che, per analogia a quanto avviene in tutti gli organismi animali, la maggiore resistenza acquistata dalla larva e quindi dall'insetto adulto, rende entrambi refrattari all'ematozoo malarico? Si può fare fondamento, per una risposta affermativa, sulla indubbia constatazione di fatto che nel periodo della guerra il ritorno, nelle zone risicole, di malarici congedati non ebbe alcuna conseguenza, nonostante l'intenso anofelismo, e che episodi epidemici, nelle stesse zone, non ebbero strascichi e la malaria scomparve rapidamente, mentre in zone paludose il ritorno di malarici riacutizzò l'epidemia.

L'A. nutre fiducia di poterci dare una risposta soddisfacente in un prossimo avvenire, dichiarando di non essersi trovato finora nella possibilità di portare gli esperimenti nel campo pratico, sia perchè gli difettarono, sul posto, i pazienti da sottoporre alla puntura delle zanzare, sia perchè fallirono i tentativi di fare sviluppare in laboratorio larve portate dalle lontane risaie.

Frattanto egli ritiene che gli studi futuri sulla malaria debbano avere come punto di partenza le seguenti constatazioni di fatto:

1) che l'ambiente risicolo sviluppa in modo straordinario l'anofele;

2) che l'anofelismo delle risaie e delle bonifiche complete, nella maggior parte dei casi, non è più anofelismo malarigeno;

3) che l'anofelismo senza malaria è uno stato biologico di resistenza temporanea o permanente che l'anofele acquista, nei riguardi della infestazione del parassita malarigeno, in seguito alle migliorate condizioni del suo *habitat*, e delle sue funzioni vitali;

4) che le bonifiche idrauliche ed agricole e le risaie, che hanno raggiunto il perfetto sviluppo agricolo, hanno per conseguenza prima la scomparsa della palude, e secondariamente quello della malaria, non mai quello degli anofeli, ciò che determina il fenomeno: «anofelismo senza malaria».

5) che la malaria, nella sua estensione e gravità, sarà in rapporto inverso con la resistenza organica che gli Anopheles possono aver acquisito per l'influenza biologica dell'*habitat* in cui vissero allo stato larvale.

P. RINALDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. SERGENT. *Les grandes syndromes respiratoires* (fasc. II). G. Doin, edit. Paris. Fr. 50.

L'anno scorso noi additammo all'attenzione dei nostri lettori il primo volume delle grandi sindromi respiratorie; ad esso fa seguito il secondo, che si occupa delle sindromi mediastiniche, delle sindromi diaframmatiche, delle sindromi pleuriche, delle polmonari. Il concetto direttivo non muta: dopo l'opera sistematica del patologo, che studia ciascuna malattia, separatamente considerata, viene l'opera sintetica necessaria allo studioso, di sintesi delle sindromi morbose che riunisce e valorizza conoscenze di patologia e di semeiotica. Malattie diverse con sindromi univoche, una stessa malattia con sindromi differenti; questo studio delle grandi sindromi respiratorie accomuna malattie diverse, e l'esame della funzione alterata ne è la guida. L'utilità è sommamente clinica perchè avvia alle diagnosi partendo dalla osservazione di manifestazioni morbose raggruppate per sede (mediastino) e, dove è possibile, per dignità funzionale (pleura, polmone). La trattazione del Sergent è lucida, semplice, conseguente, sì da tener desta l'attenzione del lettore. In ogni capitolo le nozioni di patologia, di clinica sono con maestria legate ed esposte, arricchite delle cognizioni più moderne quali la radiologia e gli esami funzionali hanno saputo fornire al medico moderno. Particolare valore per l'esperienza personale è dato nell'esplorazione broncopolmonare all'iniezione di lipoiodol intratracheale. Numerose radiografie ben selezionate e nella maggior parte assai dimostrative sono intercalate nel testo. Il libro che non è un trattato, rappresenta una opera di utile sintesi per il medico e per lo studente.

T. PONTANO.

Die Rekonvaleszenz. George Thieme, editore. Leipzig, 1925.

Racchiude un corso di conferenze per medici pratici fatte da diversi cultori della medicina che formano come una « Accademia Ambulante ». Weichardt tratta della terapia non specifica, degli stimoli non specifici in contrapposto alla terapia specifica di Behring, Koch, Ehrlich; Jesonek espone il trattamento ed il modo di agire della luce specialmente nella riconvalescenza; Velden parla delle secrezioni interne in rapporto con la balneoterapia; Siegert tratta del fanciullo linfatico e della costituzione, Engel della diagnosi della tubercolosi nei bambini, Kisch del trattamento conservativo della tubercolosi ossea ed articolare, Schmieden del trattamento dopo laparotomia, Bergmann delle artriti croniche in rapporto con la costituzione, Curschmann dell'asma bronchiale e Strasburger della radio-emanazione.

R. BRANCATI.

BOERNER-PATZELT, GÖDEL u. STANDENATH. *Des Retikuloendothel.* George Thieme, ed. Leipzig, 1925.

È un piccolo libro con prefazione di Pfeiffer, diviso in 3 parti. Nella prima dopo una breve istoria la Boerner riferisce le ricerche sul reticolo delle glandole linfatiche, milza, midollo osseo, fegato, capsule surrenali, timo, spigolando le notizie dalla bibliografia. Nella seconda Gödel rileva l'importanza del sistema per il ricambio interno dell'emoglobina e del ferro, dei grassi, delle albumine, degli idrati di carbonio, per i processi immunitari; e nella terza Standenath tratta dei rapporti tra le alterazioni del sistema e l'aumento dei lipoidi con la steatosi colesterinica sperimentale, il morbo di Gaucher, l'emosiderosi, l'emocromatosi, l'ittero emolitico, la policitemia di Vaquez accennando alle alterazioni anatomopatologiche nella tubercolosi, nelle malattie settiche, nel tifo addominale. Tutte le tre parti sono corredate di notizie della letteraura tedesca, non portano figure, ma nell'insieme danno in breve un quadro dell'importante e complesso sistema.

R. BRANCATI.

UNITED FRUIT COMPANY, MEDICAL DEPARTMENT. Thirteenth Annal Report, 1924. Un vol. in-4° di p. 247 con varie tavole. Boston.

L'Ufficio Sanitario della grandiosa Società Americana « United Fruit Company » pubblica la sua 13ª relazione annua, ricca di dati statistici e di relazioni, da cui risulta l'efficace tutela igienico-sanitaria esercitata sulla salute del personale; contiene anche pregevoli relazioni di Noguchi, Barber, Komp, Heguer, Mallory, ecc., su temi speciali (malaria, entomologia, ecc.).

F. G.

WEITZ R. *Formulaire des médicaments nouveaux, pour 1925.* Baillière, Paris.

È l'antico formulario Bocquillon-Limousin portato alla trentunesima edizione e aggiornato dal dott Weitz, Preparatore alla facoltà di farmacia di Parigi. Nella necessità del medico pratico di orientarsi tra le nuove preparazioni messe a sua disposizione, e ve ne sono di grandemente utili, il volumetto, assai ben fatto nella esposizione breve ed esatta, viene a proposito: esso sarà il libro di corrente consultazione e sempre con vantaggio per la diligente esattezza.

T. P.

H. LECLERC. *Les fruits de France*. Un vol. in-16° di 262 pag. Masson ed. Parigi, 1925. Prezzo frs. 12.

Libro di piacevole lettura in cui, di ogni frutto, l'A. ha raccolto la storia e le leggende, passando poi a trattarne la composizione e le applicazioni nella dietetica e nella terapeutica. E, siccome le frutta di Francia non differiscono da quelle dell'Italia, gli italiani troveranno nei lavoro di Leclerc utili indicazioni ed interessanti notizie.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXIV Congresso Ostetrico-Ginecologico Italiano.

18 dicembre 1923 (Seduta antimeridiana).
(Cont.; v. num. precedente).

Malattie del sistema endocrino e gravidanza.

Relazione del Prof. ATTILIO GENTILI, direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica di Pisa.

Nella parte generale si definiscono i rapporti delle malattie delle ghiandole sanguigne colla costituzione e la loro rara origine da cause esogene.

Per quanto sia vero che affezioni endocrine si possono ricondurre, almeno in parte, a modificazioni prevalenti di un determinato oragno, non è meno vero che appunto per la alterata secrezione ormonica dello stesso organo si hanno ripercussioni senza posa sullo sviluppo in modo vario nei suoi due fattori: differenziazione ed accrescimento dimensionale, sul ricambio materiale, sul sistema nervoso, sul temperamento.

Forse per gli squilibri della fase generativa, forse perchè le ghiandole sessuali femminili più facilmente si alterano nella loro funzione, le malattie delle ghiandole sanguigne si notano con frequenza maggiore nella donna che nell'uomo.

Senza discutere se si sia andati troppo oltre nella rappresentazione generale della vera parte spettante alle ghiandole sanguigne nella patologia umana, certo, per ciò che ha rapporto con la gravidanza, non si può affermare che negli squilibri di essa, tutto sia pura e semplice modificazione dei rapporti endocrini.

Si accenna al concetto della pluriglandolarità che invade la endocrinologia ogni giorno più e ai guadagni sicuri fatti dalla Clinica in questo campo con i più perfetti mezzi d'indagine e con la somministrazione di qualche sostanza attiva di recente individualizzata.

Come linea fondamentale di studio abbiamo a grandi linee tracciato, a lato delle classiche forme cliniche endocrine, uno schema generale riferentesi a ciascuna ghiandola sanguigna, ammettendo stati di iperfunzione, stati di ipofunzione fino alla mancanza assoluta di secrezione e stati di attività alterata.

Nessuna condizione disfunzionale può essere riprodotta dallo sperimento, ma clinicamente essa non può essere negata. Vari fatti citati avvalorano questo concetto.

La clinica, rafforzata dallo sperimento, abbonda invece di prove ipofunzionali e afunzionali. Anche di ciò si fanno specificazioni, ma queste prove vanno valutate con discernimento.

Nel campo della iperfunzione i dati sperimentali diventano più difficili ed intricati. Non dobbiamo contare sull'aumento di ormoni, sviluppati dall'innesto di una nuova ghiandola, perchè al suo attecchimento è condizione indispensabile la deficienza o la mancanza della ghiandola stessa.

Anche coi vari altri metodi i risultati sono incerti e contradditori.

Gli effetti della alimentazione con organi endocrini sull'accrescimento, sull'epoca e decorso nella metamorfosi degli anfibi e quelli esercitati sulle varie ghiandole sanguigne dalla irradiazione a piccole dosi e dalle modificazioni generali del loro ambiente e specialmente del sangue mediante i salassi (ASCHNER) rappresentano promettenti vie agli studi clinico-sperimentali.

Nel campo della biologia nuovi orizzonti si aprono con gli studi di biometrica che per opera del CASTALDI trovano ora fortuna anche presso di noi.

Le difficoltà per uno studio metodico delle sindromi endocrine aumentano quando si tratti dell'organismo in istato di gravidanza. Nella donna esiste una sensibilità particolare nei nervi autonomi specialmente dei vaso-motori, anche all'infuori dello stato di gestazione, che si accentua in ogni tappa sessuale. Dati i rapporti fra sistema neuro-vegetativo e ghiandole endocrine, per cui un eccitamento di quello influenza la funzionalità di queste, si può ammettere, per questo solo lato, nella donna un suo particolare stato endocrino.

Ma la donna gravida va raffigurata in un equilibrio ormonico non solo speciale, ma anche più labile.

Alle modificazioni più grossolane, a quelle dell'abito irrobustito, della taglia allargata e a quelle più intime degli umori, si aggiungono anche quelle delle ghiandole a secrezione interna.

Riportare i cambiamenti che derivano in ogni ghiandola sanguigna della donna gravida, a modificazioni di ambiente alterato, oltre che per il carico dei rifiuti della mancata funzione mestruale, per pletora, per discrasia, per diatesi infiammatoria, come anche recentemente si vorrebbe (ASCHNER), pare cosa spinta, come quella di ricondurre tutto ciò che di diverso si incontra nell'organismo in queste condizioni, alla pura diversità nelle contingenze anatomiche e funzionali degli organi a secrezione interna. È vero che in molte ghiandole endocrine, ma non in tutte, durante il periodo gravidico si nota un maggior rigoglio anatomico e funzionale, ma le profonde differenziazioni citologiche di alcune di esse, la distribuzione modificata di altre, l'istituirsene di

nuove, sono tutti fatti che male possono considerarsi come semplici cambiamenti umorali. È lecito quindi ravvisare nelle modificazioni endocrine gravidiche qualche cosa anche di diverso da una reazione spesso eguale e sempre secondaria a condizioni generali modificate, nel creare le quali, forse le ghiandole sanguigne stesse, hanno una qualche parte.

Per il costituirsi di queste modificazioni va lasciata da parte la solita invocazione al fine utile della natura, quasi quelle potessero spontaneamente formarsi per opporsi a fatti tossici e di alterato ricambio che si produrranno col procedere della gestazione.

Il primo impulso verrebbe, secondo il FERRONI, dallo stimolo placentare. Pensando invece più che alla placenta in totalità, alla sua parte deciduale, della quale la funzione endocrina è ormai accertata, si potrebbero avvicinare tra loro, gravidanza e mestruazione anche per un comune punto di partenza atto a determinare il cambiamento endocrino tanto somigliante nelle due condizioni.

Ripercussioni importanti si possono avere nell'organismo materno durante la gravidanza per opera dell'attività secretiva delle ghiandole endocrine del feto.

LÜTTGE e MERTZ parlano, da pochi mesi, di correlazioni ormoniche feto-materne come di cosa nuova, in base alla riscontrata presenza, nel siero di sangue materno, di sostanze interpretate come provenienti dalle ghiandole sessuali maschili fetali. Lasciando da parte le obbiezioni e i dubbi che si possono elevare su queste interessanti ricerche, è bene rilevare che, come è di costume, si dimenticano dagli stranieri i nostri contributi e d'oltre Alpe ritorna, con veste di cosa nuova, ciò che è precedentemente partito dal nostro paese. Il FOSSATI, diciotto anni or sono, dimostrava come la tiroide fetale ipertrofica supplisca alla deficienza della tiroide materna.

Bisogna sorpassare il concetto di far entrare ogni stato gravidico in un quadro comune. Abbiamo invece determinate gravidanze a seconda dei diversi tipi morfologci. Ciò che con convinzione di profeta affermava il DE GIOVANNI per le malattie, possiamo affermare per la gravidanza: « nell'individuo la gravidanza acquista forma e colorito speciale ». L'habitus individuale, la varia costituzione hanno nella gravidanza la loro pietra di paragone. Nessun'altra condizione come quella gravidica può ingrandire e accentuare il tipo costituzionale rendendolo più manifesto.

Si comprende quindi come solo negli individui completamente sani, senza la minima tara costituzionale, si possa avere la normalità nel decorso della gravidanza.

Considerato nel suo insieme, lo stato gravidico è espressione di processi stenici-ipertrofici; le condizioni cambiano dopo il parto; nel puerperio l'organismo cade nel più alto grado di atonia e di rilasciamento.

La fisionomia organica, umorale e ormonica della donna gravida appare profondamente modificata: a questa modificazione contribuiscono anche, ben note ed effettive alterazioni del ricambio materiale alle quali brevemente si accenna.

In un ambiente simile, se si aggiunge una labile costituzione, un labile sistema sanguigno, un labile sistema nervoso vegetativo, si avrà facilmente, durante la gravidanza, il mancato adattamento alle nuove esigenze di singole ghiandole endocrine o di gruppi di ghiandole, specialmente se già alterate, la loro inadeguata risposta per eccesso, per difetto, per disfunzione, infine lo scatenarsi di sindromi endocrine in latenza nell'organismo, l'aumentare in gravezza di altre già in atto. A priori dovremo attendere il peggioramento delle malattie del sistema endocrino nel decorso della gravidanza.

Nella parte speciale vengono separate in capitoli le varie ghiandole endocrine extra-genitali, allo studio delle quali viene limitato il vastissimo campo della relazione. Per i rapporti col sistema endocrino e per le sue modificazioni gravidiche si tratta anche della milza.

Per ogni ghiandola precedono i concetti meno controversi sulle sue funzioni, sui rapporti reciproci con gli organi genitali che emergono specialmente dalle prove di asportazione, sulle modificazioni anatomiche e funzionali che la gravidanza vi induce in condizioni di perfetta integrità organica e di assoluto equilibrio ormonico.

Si tratta poi dell'influenza che sulla gravidanza inducono le modificazioni funzionali della ghiandola, valendosi specialmente di quanto la clinica ed i fatti sperimentali hanno dimostrato in rapporto alla diminuita o mancata azione della ghiandola stessa.

Tema pure trattato, e che ha strette connessioni con queste ultime prove è quello che riguarda le condizioni generali dell'organismo e quelle particolari della struttura e dei rapporti delle varie ghiandole endocrine, nei discendenti da animali privati di una ghiandola del sistema. Col metodo della estirpazione totale o parziale ottenuto con vari mezzi, si potrebbe determinare la insufficienza di una ghiandola nella coppia dei procreatori e ripeterla per lunga serie di generazioni. Questi studi sono appena abbozzati e mancano per alcune ghiandole; dove non esistono se ne traccia il tema di lavoro.

I contributi dell'Istituto, in questo campo, si estendono a tentativi per la pineale ed a prove riuscite per la milza.

Per il pancreas i nostri contributi sulle condizioni dei discendenti, si limitarono invece ad ottenere nei procreatori, in altro modo che non fosse la soppressione della ghiandola, condizioni di iperglicemia e di ipoglicemia.

Forma poi particolare trattazione, in ogni capitolo, quella eventuale sindrome clinica classica, imperniata principalmente sopra alterazioni funzionali ed anatomiche della rispettiva ghiandola (diabete pancreatico, tetania paratireopriva, gozzo esoftalmico, mixedema, acromegalia, malattia di Addison, ecc.) nei suoi rapporti con lo stato di gravidanza sia per gli effetti che la malattia produce sull'andamento di questa, sia per il modo

di comportarsi della malattia durante la gestazione.

Infine è trattato rispettivamente delle condizioni dei nati da donne colpite durante lo stato gravidico da sindromi di questo genere.

Per ragioni di tempo il capitolo riguardante i surreni e forse anche quello riguardante l'ipofisi figureranno solo nella relazione stampata.

Seguono la Relazione le comunicazioni di argomento affine:

Prof. SPIRITO FRANCESCO (Napoli). — « *Lo stato della milza* » *in gravidanza*. — L'O. osserva che i rapporti tra milza e genitali, deboli in linea generale, si fanno più manifesti in gravidanza. La milza subisce un aumento ponderale lieve, uno spostamento in alto ed in dietro. Ambedue questi fatti però scompaiono rapidamente in puerperio. Dal lato strutturale si ha in gravidanza un aumento di numero e di grandezza dei follicoli.

Prof. SPIRITO FRANCESCO (Napoli). — *Milza e genitali*. — Sembra solo che la milza esplichi una azione eutrofica sull'ovaio. Nelle splenectomizzate l'ovaio presenta un'esaltata attività ovigena con una deviazione della norma in modo che la massima parte dei follicoli divengano atresici e solo pochi raggiungono la maturità sessuale, ciò che porta di conseguenza un più rapido esaurimento dell'attività ovigena stessa.

Dott. REVOLTELLA GIOVANNI (Bari). — *Il sistema nervoso vegetativo nella gravidanza e nel puerperio fisiologici*. — L'O. ha praticato esperienze, che ha ancora in corso, con iniezioni endovenose di adrenalina, atropina e pilocarpina. Pare si debba escludere una speciale vagotonìa della gestazione. È probabile per l'O. che alla concezione di una simpaticotonia e vagotonia riferita all'individuo si venga sostituendo quella di una prevalenza dell'una o dell'altra sezione del sistema vegetativo riferita ai singoli organi, come appunto si verificherebbe nella gravidanza fisiologica.

Dott. MARTINOLLI ALDO (Perugia). — *Sul tasso glicemico del neonato e della madre*. — Ho sperimentato col micrometodo di Bang con questi risultati: 1) Il rapporto medio della glicemia della madre e del neonato è di 1,38; 2) Nella prima settimana è nei neonati inferiore a quella degli adulti; nella madre è abbassato, ritorna alla norma alla fine della prima settimana; 3) Manca un parallelismo dei valori fra madre e neonato; 4) Il tasso glicemico nel neonato tende nei primi giorni ad aumentare: ciò in rapporto con il suo adattamento alla nuova vita.

Dott. PITIMADA FR. ANTONIO (Napoli). — *Ricerche di biochimica polmonare in gravidanza. Potere glicolitico*. — Il contenuto in glicogene del polmone di cagna gravida è minore che nelle non gravide, e ciò in rapporto con l'aumentato lavoro respiratorio. Il contenuto in glucosio nel sangue venoso è maggiore che nell'arterioso con piccole differenze fra cagne gravide e non gravide.

Discussione sul tema di Relazione.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Accenna alla scarsa letteratura per i rapporti fra gravidanza e morbo di Addison. Riferisce circa un caso del morbo da lui osservato in gestazione.

Prof. ALFIERI (Pavia). — Accenna allo studio fatto dal suo aiuto dott. CATTANEO sul vomito incoercibile, nel quale in nove casi venne evitata la interruzione della gravidanza col trattamento endocrino. Quanto al rapporto fra morbo di Flajani-Basedow e gravidanza pensa che la gravida corra maggiori pericoli quando esistano le profonde altreazioni cardiache costituenti il così detto cuore da struma. Riferisce di un caso nel quale in gravidanza iniziale si hanno associati i sintomi del Basedow e di diabete, peso specifico urinario elevato e glicosuria.

Prof OLIVA (Genova). — Riferisce un caso di morbo del Basedow nel quale la interruzione della gravidanza mitigò tutti i fenomeni clinici minacciosi quasi per incanto. In seguito la cura con i raggi X portò a quasi completa scomparsa di tutti i fenomeni.

Dott. PITIMADA (Napoli). — Circa un riferimento del relatore ad alcuni casi di diabete migliorati in gravidanza e l'esperienza clinica abituale, confermata dalla letteratura più ampia per l'influenza nefasta della gravidanza sul diabete, l'O. per l'indagine sperimentale pensa che bisogna tener conto che il diabete non ha sola origine pancreatica e che la degenerazione grassa epatica nel diabete pancreatico spiega i casi disastrosi.

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Riserva l'interruzione della gravidanza nel diabete di solito agli ultimi due mesi, in rapporto però alla sindrome diabetica aggravatasi e alle condizioni fetali. Riferisce la sua esperienza in 3 casi.

Prof. GENTILI (*Relatore*) (Pisa). — Circa i rapporti fra morbo di Addison e gravidanza ricorda i lavori italiani del dott. FALCO e del dott. GIUSTI. Crede che, data l'inesorabilità della malattia, si debba aver il maggior rispetto alla vita fetale.

Circa i risultati sperimentali del prof. SPIRITO che gli dimostrarono gli scarsi rapporti fra milza ed organi genitali in gravidanza e fuori gravidanza dice che essi corrispondono all'osservazione clinica ed a conferma riferisce su due casi suoi di gravidanza in splenectomizzate. L'aumento della milza in gravidanza ed il suo rapido decrescere in puerperio farebbero pensare non a variazioni degli elementi costitutivi, ma a modificazioni circolatorie.

I contributi dei dottori REVOLTELLA, MARTINOLLI e PITIMADA non entrano decisamente nel campo delle modificazioni delle glandole endocrine in gravidanza, ma hanno loro importanza per l'argomento.

Si accorda col prof. ALFIERI a classificare il vomito incoercibile nel campo dell'endocrinologia, avendo esso a sua base alterazioni di gruppi glandulari sanguigni. Nel Basedow raccomanda l'astensione da interventi e da narcosi quando con

la malattia si abbia una costituzione timico-linfatica.

Il caso riferito dal prof. OLIVA dimostra la gravezza assunta dal Basedow in gravidanza.

Sono giuste le osservazioni del dott. PITIMADA e consigliano un giusto ecletismo nel trattamento del diabete in gravidanza, guidandoci, specie se del caso, sul contegno di gravidanze precedenti del soggetto.

Al prof. BIGNAMI risponde il R. che il macrosomismo fetale è elemento di più per decidere l'interruzione della gravidanza nel diabete.

(*Continua*).

Prof. C. MICHELI.

Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

XXII Riunione

(Roma, 17-19 dicembre 1925).

La XXII riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia ha richiamato in Roma un numero straordinario di congresssiti convenuti da ogni parte d'Italia fra i quali notavansi molti dei nostri clinici e degli altri più eminenti cultori della specialità.

Dopo il discorso inaugurale del presidente prof. CAPPELLI, la proclamazione dell'esito del concorso al premio De Amicis, che risultò assegnato al dott. Falchi di Pavia, e l'approvazione del bilancio sociale redatto dall'economo-cassiere dott. MALUSARDI, s'iniziò la discussione del tema ufficiale «*Patogenesi della sifilide congenita*», la cui trattazione era stata affidata al prof. C. LOMBARDO di Pisa e da questi svolta in una ampia e dettagliata relazione. Ecco le principali conclusioni alle quali è arrivato l'esimio relatore:

«La sifilide congenita, così sarà bene denominarla anzichè ereditaria, e anche perchè non resti ad essa associato il concetto non provato e scoraggiante di malattia ineluttabilmente legata all'individuo ed alla sua discendenza, è da ritenersi piuttosto espressione di un contagio dei figli avvenuto nell'apparato genitale femminile, che di una trasmissione ereditaria.

Scientificamente appare solo provata la trasmissione della infezione dalla madre al feto, durante la gravidanza dopo il 4° mese fino alla nascita.

Delle altre modalità, colle quali la infezione teoricamente si potrebbe trasmettere, appaiono molto probabili, il passaggio con lo stesso meccanismo nei primi mesi della gravidanza, e l'infezione intrauterina attraverso le membrane fetali, nello stesso periodo: meno probabili l'infezione *sub partu*, quella per via germinativa, sia ovalare che spermatica.

Accanto alla trasmissione della infezione, è da ammettersi un'azione sifilotossica debilitante, mentre non è ancora provata un'azione nettamente distrofizzante o degenerativa.

All'infuori della infezione appare probabile intercorrano fra madre e feto degli scambi di sifilotossine, di anticorpi specifici, di treponemi in dose sub-infettante, che oltre che influire sull'andamento della infezione, possono ingenerare, in chi dei due non resti infetto, una immunizzazione passiva o attiva.

Questa veramente ha carattere transitorio, cessando colla nascita le ragioni che la hanno provocata, e può per essa residuare per un certo tempo una minore recettività del feto o della madre restati indenni dall'infezione, che potrebbe essere una delle ragioni per spiegare la legge di Colles o di Profeto, accanto ad infezioni larvate dovute al particolar modo col quale la infezione stessa è stata trasmessa.

La trasmissione della sifilide da sifilitici congeniti alle generazioni successive, appare clinicamente accertata per la seconda generazione e probabile per la terza, in casi assai rari.

L'influenza degenerativa della sifilide sulla razza non appare provata con forme specifiche direttamente apprezzabili, ma piuttosto come un'azione debilitante generica.

Non vi è nessun dato sicuro di trasmissione di immunità permanente nelle successive generazioni dei luetici, come non appare si abbia attenuazione della virulenza del treponemo nei successivi passaggi».

Le comunicazioni fatte da molti soci (MARTINOTTI, PICCARDI, ARTOM) sopra argomenti inerenti al tema ufficiale e l'ampia discussione che seguì diedero luogo ad una esauriente replica del relatore al quale tutti espressero le più vive congratulazioni per il modo veramente magistrale con cui egli aveva assolto l'arduo còmpito affidatogli.

Esaurita questa prima parte dell'ordine del giorno, s'iniziò lo svolgimento delle numerose comunazioni segnate nel programma, delle quali non ci è possibile, in questo momento, dare notizie dettagliate. Ricordiamo, fra le tante, la presentazione di un malato della Clinica di Bologna, affetto da *blastomicosi cutanea*, rara forma di dermatosi la cui osservazione diretta destò grande interesse fra i convenuti; l'associazione del *granuloma tricofilitico* con *Kerion Celsi* e indipendenza di sviluppo delle due forme tricofitiche sullo stesso soggetto (MAJOCCHI); l'*acetato di tallio nelle tigne del capillirico* (PASINI); sulla *leishmaniosi cutanea* (TRUFFI); sulla *lebbra nelle Puglie* con speciale riguardo alle sindromi siringomieliche (MARIANI); sulla *terapia antiluetica a mezzo degli arsenobenzoli per via endomuscolare* (MARTINOTTI); sulla *linfogranulomatosi inguinale subacuta* di Nicolas e Favre (CAPPELLI), etc. etc.

Nel pomeriggio del 19, si procedette alla elezione dei nuovi soci ed alla rinnovazione del consiglio direttivo che, a norma dello Statuto, deve rinnovarsi ogni due anni.

Risultarono eletti a presidente il prof. BOSELLINI di Roma, a vice-presidenti i proff. REBAUDI di Genova e TRUFFI di Catania, ad economo-cassiere, in sostituzione del dott. N. Malusardi, il dott. GIORGIO DELLA SETA di Roma. A segretario venne confermato il prof. V. MONTESANO.

Con elevate parole il prof. MAJOCCHI, decano dei

presenti, salutò i nuovi eletti, e ringraziò il prof. Bosellini che aveva concesso i locali della sua Clinica per le riunioni sociali, ed espresse i sentimenti di riconoscenza di tutta l'assemblea al Consiglio direttivo uscente, e in particolar modo al dott. MALUSARDI che per tanti anni aveva tenuto con unanime sodisfazione la carica di cassiere-economo da cui ora, spontaneamente, ha voluto ritirarsi.

Al prof. Majocchi rispose con alcune parole il prof. CAPPELLI, presidente, dopo di che la seduta fu tolta e la XXII riunione fu dichiarata chiusa.

V. MONTESANO.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 26 luglio 1925.

Presidenza del prof. C. CAPEZZUOLI.

Sulla amebiasi in Romagna.

G. ZANARDI (Medicina). — L'O. riferisce come in quel di Medicina si svolga da circa 3 anni una epidemia di dissenteria amebica, la quale si può far risalire al periodo bellico, quando per la istruzione militare furono accasermati a Medicina 700 soldati, sudditi italiani ma nati e dimoranti nell'Egitto, Tunisia, Algeria e Marocco francese, i quali presentarono forme intestinali diarroiche, non diagnosticate allora, ma probabilmente dovute all'entameba.

Nelle epidemie attuali si sono riscontrati 132 casi bene accertati e studiati sotto ogni punto di vista, comprendenti soggetti da un anno e mezzo ai 70 e più anni. Ad eccezione di 11 casi complicati, tutti gli altri ebbero decorso regolare, e trassero giovamento dall'emetina: nelle forme cistiche fu usato lo stovarsol.

Più che la cura intensiva l'O. ha usato la cura *a lungo* e fino ad ora nessun caso ha recidivato.

Sindrome addominale pseudo-peritonitica.

L. PANSINI (Forlì). — L'O., in base a 12 casi occorsi alla sua osservazione, riferisce su di una forma morbosa caratterizzata da dolori acuti addominali, prevalentemente nella regione sottoombelicale, accompagnati da alvo chiuso, vomito e febbre. Gli infermi furono ricoverati in sezione chirurgica con diagnosi di appendicite, annessite, ileo, sigmoidite acuta. In secondo tempo, con la minore sofferenza del ventre, si ristabilisce la canalizzazione intestinale, ma insorgono fenomeni a carico dell'occhio (midriasi), del cuore (bradicardia) ed intensi dolori osteo-muscolari. Spesso con i disturbi vescicali si presenta squisitamente sensibile un punto sigmoideo; nella donna invece la sintomatologia è a carico della sfera genitale (metrorragia, crampi uterini).

Nel maggior numero dei casi la guarigione è la regola; in una inferma operata con diagnosi errata di pelviperitonite di origine annessitica non furono trovate alterazioni degne di rilievo a carico del peritoneo, dell'utero e degli annessi. La donna venne a morte in seconda giornata con fenomeni di crisi addominale e collasso cardiaco. Talvolta si rilevano i cosidetti tumori fantasmi che possono presentarsi a carico dei varii segmenti intestinali, i quali, qualora lo spasmo si mantenga per lungo tempo, possono finanche provocare la migrazione dei germi nel cavo peritoneale, se si producono lesioni anatomiche delle pareti intestinali. In un bambino venuto a morte per peritonite purulenta, mentre nel liquido estratto in vita fu trovato il bacterium coli, al tavolo anatomico l'integrità dell'intestino macroscopicamente era mantenuta e non vi erano lesioni nè dell'appendice, nè dello stomaco.

L'O. trattando della diagnosi differenziale tra questa forma e la nevrosi celiaca pensa che tutti i sintomi riscontrati nei casi di cui tratta, siano in dipendenza di uno stato tossiemico, probabilmente di origine influenzale, con azione elettiva sull'apparato nervoso che presiede alla vita vegetativa (vago e gran simpatico) per cui riesce agevole la spiegazione dei fenomeni riscontrati a carico dei visceri addominali, dell'occhio e del cuore.

A proposito del « Gongylonema neoplasticum »: ricerche nello stomaco umano.

G. GHETTI (Faenza). — L'O. esponendo i risultati negativi desunti dall'esame di 29 stomaci umani, conclude affermando che la teoria parassitaria sull'origine del cancro nell'uomo, deve essere accettata ancora con molta riserva.

La lotta antitubercolare e la tubercolosi latente della 2ª e 3ª infanzia.

P. GALLI (Faenza). — Dimostra il grave pericolo che rappresenta la tubercolosi latente dai 3 ai 12-14 anni, donde la necessità di scoprirla per curare a tempo il bambino che ne è portatore e per preservare quelli che con esso sono in contatto.

Conclude proponendo una serie di misure da adottarsi negli Asili o Giardini d'Infanzia, nelle Scuole pubbliche e private e nei Collegi.

C. TESCOLA (Imola). — *Sul funzionamento e l'attività del dispensario di igiene sociale d'Imola, dal marzo 1924 al giugno 1925.*

Dott. PAOLO GALLI, Segretario - Faenza.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il regime alimentare nella costipazione.

È necessario anzitutto un regime ricco di cellulosa la quale è l'eccitante specifico dell'intestino. D'altra parte, conviene evitare gli alimenti che facilitano lo sviluppo dei batteri proteolitici della putrefazione, quindi le proteine, particolarmente quelle di origine animale. Il règime deve poi essere tale da non far cadere il malato nell'inanizione.

J-C. Roux e F. Moutier (*Journal des praticiens*, 8 agosto 1295) consigliano il vitto seguente, che però non si adatta troppo bene alle nostre abitudini. Al mattino, zuppa di farina d'avena al latte od all'acqua, con pane e burro. Alle 10 · frutta cotta o, se l'intestino lo permette, frutta cruda; non si devono però dare le banane che non hanno alcuna proprietà lassativa. A mezzogiorno pasta, cotta nell'acqua o nel brodo, con aggiunta di salsa di pomidoro, di formaggio e di burro; un piatto di legumi, cotti o crudi, secondo la tolleranza, un *pudding* o del formaggio bianco e frutta cotta o cruda. Alle 16, frutta come alle 10. Alla sera, minestra di verdura, od una zuppa preparata col latte o con l'acqua, un piatto di patate o di pasta o di riso o di legumi; *pudding*, o formaggio fresco, frutta cotta o cruda, Se la sensibilità intestinale è viva i legumi e le frutta si daranno cotti anzichè crudi.

Si darà qualche leggero lassativo (semi di lino o di psillio) che ristabilirà il peristaltismo normale.

La carne non entra in questo regime, poichè essa ritarda la guarigione. Dopo 2-3 settimane, quando l'intestino funzionerà regolarmente, si farà il tentativo di somministrare 50 grammi a mezzogiorno od alla sera. Certi individui non sopportano nemmeno queste piccole quantità e soffrono in conseguenza di dolori addominali e, nuovamente, di costipazione. Si tratta di veri vegetariani, a cui si daranno frutta e legumi crudi se lo stomaco li tollera.

Se però la costipazione è dovuta ad ingestioni stomacali cattive, si rivolgerà l'attenzione essenzialmente allo stomaco. *fil.*

Trattamento dietetico dell'ulcera gastrica e duodenale.

Jarotzky (*Presse méd.*, n. 11, sett. 1925) sconsiglia l'uso del latte nel trattamento delle ulceri peptiche e nell'ipercloridria. Infatti la caseina del latte si coagula nello stomaco e il passaggio di minime quantità di latte nel duodeno provocano la chiusura del piloro. Inoltre il latte, contiene sostanze che provocano un'abbondante secrezione gastrica poichè è stato dimostrato che esso è capace di aumentare la secrezione anche nei casi dove si era riusciti in precedenza ad abbassare tale secrezione con l'uso di una dieta composta di burro e di legumi.

L'A. allo scopo di mettere in riposo lo stomaco, fa mangiare agli ammalati del bianco d'uovo e del burro separatamente.

Il bianco d'uovo passa attraverso il piloro senza arrestarsi nello stomaco, fissa l'acido cloridrico del succo gastrico, non è affatto attaccato dalle sostanze che provocano la secrezione gastrica. Il bianco d'uovo deve essere crudo, non salato, non sbattuto.

Il malato deve inghiottire i bianchi d'uovo uno dopo l'altro, come se prendesse delle ostriche.

Oltre il bianco d'uovo, agli ammalati viene dato del burro fresco, non salato.

Il burro contiene sotto una piccola massa molte calorie ed ha la proprietà, come il grasso, di diminuire la secrezione del succo gastrico e di aprire il piloro, provocando il passaggio del contenuto duodenale nello stomaco. Esso però deve essere dato a parte, a distanza cioè dal bianco d'uovo, perchè se il burro e il bianco d'uovo sono dati separatamente, il riposo dello stomaco è assoluto, dati insieme formano una miscela che soggiorna parecchie ore nello stomaco e provoca una abbondante secrezione di succo gastrico.

Durante il periodo di cura (10-12 giorni) il malato non deve in alcuna maniera ingerire acqua nè per bocca, nè con iniezioni di soluzione fisiologica sotto la cute. Con tale alimentazione si possono introdurre nell'organismo presso a poco 1200 calorie, è dunque inutile somministrare a questi malati clisteri nutritivi.

Questo modo di cura dell'ulcera peptica è assai semplice. Il primo giorno il malato riceve al mattino un bianco d'uovo e nella seconda meta della giornata (3 ore dopo mezzogiorno) 20 gr. di burro fresco, non salato. Ogni giorno la quantità di bianco d'uovo e di burro è aumentata da un bianco d'uovo e da 20 gr. di burro, in maniera che l'ottavo giorno il malato riceve 8 bianchi d'uovo e 150 gr. di burro.

Nessun altro alimento deve essere somministrato: l'A. ha potuto notare che anche i soggetti capitatigli all'osservazione dopo una ematemesi abbondante, sopportano benissimo tale dieta.

Il primo effetto di tale trattamento si nota con la cessazione dei dolori più atroci, ribelli anche alla morfina; in secondo luogo si rileva un av-

vallamento della regione epigastrica, che coincide con la cessazione delle contrazioni delle pareti dello stomaco, avvallamento che facilita molto probabilmente la cicatrizzazione dell'ulcera.

Nei casi dove esiste peristalsi, questa viene a cessare, così pure l'uso di tale dieta fa diminuire la secrezione gastrica.

L'A. sottopone i malati a questo regime per otto giorni, dopodichè prescrive minestre di differenti farine (riso, semolino, orzo perlato) cotte con acqua, senza sale, con burro e passate attraverso lo staccio; purées di differenti legumi (patate, carote, cavolo) cotti preferibilmente in acqua, senza sale, passati allo staccio e conditi con burro fresco; purées di frutta (susine, mele).

Nei malati con ipersecrezione l'A. prescrive per tutta la durata del trattamento l'uso del latte e dei suoi prodotti (escluso il burro) e del sale.

Naturalmente la quantità delle urine, a causa della mancata ingestione di bevande, diminuisce di molto, tanto da essere appena di pochi cmc. giornalieri, e l'A. dice che da ciò si può giudicare se il trattamento è fatto rigorosamente.

A. POZZI.

Il cloruro di calcio per via endovenosa nel trattamento delle diarree.

Fino ad ora il cloruro di calcio non era stato adoperato che nelle diarree dei tubercolosi, dando sempre ottimi risultati. Con una sola iniezione si può spesso arrestare la diarrea in qualche ora, e non è raro il caso che la diarrea sia cessata definitivamente. Sovente questo accade quando già altri medicamenti erano stati inefficaci. Si sa infatti che il cloruro di calcio agisce sui vomiti, sui sudori, sulle emottisi dei tubercolosi.

Vidal e Puech (*Bull. de Soc. de Sciences méd.*, luglio 1925) hanno adoperato il cloruro di calcio anche in altre forme di diarrea. Così hanno avuto buoni risultati nelle diarree banali, acute, di cui il tipo è rappresentato dalle diarree estive, gastro-enteriti o coliti acute semplici.

Pure nelle diarree croniche da coliti banali non specifiche la guarigione è stata ottenuta e in maniera duratura.

Nelle *coliti specifiche* pur essendo il trattamento con il cloruro di calcio, accessorio, è interessante tuttavia segnalare il miglioramento manifesto che può ottenersi. In un malato cachettico, albuminurico, e febbrile affetto da una colite da lamblia e in un altro malato con colite da tetramitus, datante da 8 anni, le iniezioni fecero diminuire il numero delle scariche da 6 a 3 al giorno, nel mentre che le feci divennero meno diarroiche.

Al contrario gli AA. riferiscono di non avere ottenuto alcun miglioramento in un caso di dissenteria bacillare grave da bac. di Flexner, sebbene altri autori avessero vantato l'utilità del cloruro di calcio nelle dissenterie da bac. di Shiga.

Varie sono le opinioni sul modo d'azione del cloruro di calcio per via endovenosa: recentemente Brum e Looft avendo osservato una diminuzione del calcio sanguigno in alcuni stati diarroici pensano che l'ipocalcemia possa determinare nel mezzo alla muscolatura intestinale uno stato d'ipereccitabilità che cesserebbe con l'aumento della calcemia dopo iniezioni di cloruro di calcio.

A. POZZI.

Il minimum di sintomatologia nell'appendicite acuta.

Desgouttes (*Presse Médicale*, n. 81, 10 ottobre 1925), partigiano fervido della operazione precoce e sistematica dell'appendicite, traccia il quadro di quella che egli chiama la sintomatologia « minimum » ma sufficente per l'intervento.

Egli dice: un p. con passato nettamente appendicolare con crisi ripetute già diagnosticate, deve essere operato al minimo allarme, e questo è il caso più semplice.

Dei bimbi che per un nonnulla hanno delle crisi di coliche assai passeggere, con vomito e senza febbre devono essere considerati degli appendicolari. Nelle bambine le crisi dolorose compaiono nei periodi mestruali e sono allora di interpretazione assai difficile. Si ricordi che i dolori di origine genitale sono bilaterali, si irradiano al territorio cutaneo del n. otturatorio (lato interno delle coscie) e in genere non si accompagnano a elevazione termica. L'A. si è imbattuto in appendiciti diagnosticate tardi perchè le crisi coincidevano con le mestruazioni dolorose.

Il dolore e il vomito sono i due sintomi fondamentali di questo « minimum ».

Il *dolore*: è importantissimo anche isolato, ma non basta.

Ha valore sopra tutto quando è vivo, acuto, e procede a poussées. Nei malati con ceco disteso è sordo, lento ed è più peso che dolore. In un ammalato sospetto, la recrudescenza del dolore è sempre indicazione per l'intervento.

Importante è sopratutto il dolore provocato. La pressione deve essere assai leggera e progressiva. Nelle forme di appendicite posteriore lombare, il dolore si ha alla palpazione nella fossa lombare; altre volte sarà necessaria la palpazione rettale o vaginale. Si ricordi che può persino essere al bordo sinistro del grande retto come in una vera sigmoidite.

Il vomito vero, alimentare poi biliare occupa subito il secondo posto dopo il dolore. Le coliche epatiche, nefritiche provocano anche vomito ma meno dell'appendicite, e le irradiazioni dolorose orienteranno verso la cistifellea o il rene: ciò

non toglie che la diagnosi possa essere difficilissima.

Talora il vomito assume il carattere di essere incoercibile. Gli altri sintomi d'ordine digestivo sono di poco valore.

La stipsi e l'arresto dei gas è frequente, ma può aversi anche diarrea. I sintomi vescicali dipendono sopratutto dalla sede dell'appendice.

L'autore dà poi pochissima importanza alla difesa della parete, solo perchè essa è assai tardiva. Se esiste, dice, è utilissima, ma se manca bisogna saperne fare a meno. Di più essa non è che l'espressione di reazione del peritoneo parietale, se l'appendice è lungi da questo, essa comparirà assai tardi.

Anche la percezione di raccolta ottenuta con la esplorazione vaginale o rettale è un segno troppo tardivo. Questi mezzi di indagine si devono all'inizio riservare solo alla ricerca del dolore.

Circa i fenomeni generali: la febbre è un sintoma infido, che ritarda la diagnosi, non tanto perchè manchi, il che è raro, ma perchè inganna con la sua poca intensità e con la sua fugacità. Dei malati in via di perforazione hanno appena 37°7, 37°8; talora compare un 39° che dura qualche ora poi la febbre ritorna a 37°5-8, e questo 39 può sfuggire. La febbre alta comparirà poi ma non rientra nel quadro precocissimo che l'A. studia.

Il polso è variabile ma all'inizio può mantenersi assai buono. Nei vecchi i sintomi sono ancora più frusti e la diagnosi precoce è ancora più difficile, ma in essi l'appendicite è meno grave, e le diagnosi tardive meno pericolose.

Concludendo non si può riassumere la diagnosi in una formula matematica, ma secondo l'autore il *dolore* più o meno localizzato, ed i *vomiti* costituiscono la sintomatologia minima che permette la diagnosi e che deve spingere all'intervento: questa linea di condotta che può sembrare eccessiva, pare invece all'A. essere sempre più giusta.

L. TONELLI.

L'appendicite cronica deve essere operata?

L'opinione dei medici e dei chirurghi riguardo all'opportunità di operare l'appendicite cronica è tuttora divisa tra interventisti e non interventisti. Tra gli argomenti portati da questi ultimi vi è quello riguardante la diagnosi spesso incerta tra appendicite e colite, per cui si può erroneamente essere indotti ad estirpare un organo di fisiologia oscura, la cui presenza è forse necessaria all'organismo.

Certamente la diagnosi di appendicite cronica non è facile e bisogna spesso desumerla da una quantità di sintomi svariatissimi, che possono prevalere a carico di tutti gli organi toraco-addominali.

Non è raro infatti il caso in cui la malattia sia mentita da una forma dispeptica, da una pseudo colica epatica, da una tosse insistente a tipo tubercolare, da disturbi nervosi cronici, e così via.

Quello che bisogna sempre ricercare accuratamente è il dolore nella sua localizzazione tipica. A questo sintoma importantissimo si aggiungerà il dimagramento, la febbricciattola della durata di mesi, la spossatezza, l'arresto di sviluppo nel fanciullo.

Poichè non è assolutamente da escludere la possibilità che si tratti di una colite, che presenta una sintomatologia simile, si potrà per qualche tempo istituire un trattamento medico, non insistendovi però più del necessario, per affidare rapidamente il malato al chirurgo, che provvederà alla rimozione dell'appendice malata.

R. Brunon (*Paris méd.*, n. 32, agosto 1925) ritiene che l'appendicite cronica sia più frequente di quanto non si creda e mette il medico in guardia contro le frequenti diagnosi di linfatismo, adenopatia tracheo-bronchiale, vegetazioni adenoidi, dispepsia, enterocolite, vomiti ciclici; tutte forme che spesso scompaiono in maniera sorprendente in seguito ad un'appendicectomia tempestiva.

M. FABERI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Modificazioni elettrocardiografiche prodotte dalla estirpazione del ganglio stellato dopo la legatura delle coronarie.

Danielopulo e Marcu (*Bull. de l'Acc. de Méd.*, n. 32, 13 settembre 1925) sostengono che l'operazione di Jonnesco per la cura dell'angina pectoris (estirpazione del simpatico cervicale compreso il ganglio stellato) può essere pericolosa e va modificata. Essi basano questa asserzione sui seguenti esperimenti eseguiti sui cani: registrazione dell'elettrocardiogramma su cani: 1) con cuore normale; 2) con cuore in cui erano state allacciate le coronarie; 3) con cuore normale dopo estirpazione del primo ganglio toracico; 4) dopo estirpazione del primo ganglio toracico in cuore con coronarie allacciate.

Essi procedevano all'allacciatura delle coronarie per provocare delle alterazioni del miocardio, basandosi sul fatto noto che le modificazioni del ritmo ottenute con la eccitazione o l'intercezione di certi nervi del cuore sono molto più pronunciate quando il miocardio presenta delle alterazioni che presso il soggetto normale.

I risultati furono i seguenti: 1) la semplice legatura delle coronarie fa che T si avvicina ad R e si fonde con lui e il complesso ventricolare prende la forma di un U rovesciato; 2) la estirpazione del primo ganglio toracico sul cuore normale produce, se è unilaterale, nessuna modificazione; se è bilaterale delle modificazioni

evidenti ma assai poco intense consistenti in un rallentamento del ritmo, un leggero allargamento della base di R. ed una inversione di T; 3) l'estirpazione dello stesso ganglio nel cuore con coronarie legate produce un rallentamento del ritmo, che è netto ma fugace se l'estirpazione è unilaterale; duraturo definitivo se bilaterale. La base di R si allarga nettamente e per conseguenza la fase iniziale si allunga, T si allontana da R, compaiono delle contrazioni atipiche che nascono nel nodo seno-auricolare e non si spingono che per una branca sola del fascio di His.

In conclusione: quando noi mettiamo il miocardio in uno stato di inferiorità con la legatura coronaria, l'estirpazione del ganglio stellato provoca delle modificazioni elettrocardiografiche che, quando noi le incontriamo in clinica sono di una gravità eccezionale. Agli AA. si ritengono quindi in diritto di affermare che questo intervento può essere pericoloso in molti casi di angina pectoris. D'altra parte le statistiche degli accidenti provocati dalla operazione di Jonnesco non sono ancora possibili perchè essa si pratica da troppo poco tempo e non se ne conoscono ancora i risultati lontani. Gli AA. basandosi sui fatti sperimentali e sulle ricerche cliniche personali propongono di rispettare in questa operazione il ganglio stellato, ed invece di sezionare il simpatico senza il ganglio cervicale inferiore e il primo toracico, di sezionare tutti i filuzzi del vago e delle sue branche che si dirigono verso il torace (!), la sezione del nervo vertebrale e di tutti i rami comunicanti che uniscono il ganglio cervicale inferiore e il primo toracico agli ultimi paia cervicali e al 1° dorsale: si risparmierebbero così tutti i filuzzi centrifughi importanti che attraversano il ganglio stellato.

L. TONELLI.

VARIA.

Napoleone e la Medicina.

(*Dal memoriale di* B. LAS CASES).

A Sant'Elena quando gravemente ammalò il generale Gourgaud, l'ammiraglio inviò il dott. Warden medico del *Northurberland*. Napoleone lo fece restare a pranzo. Quel giorno l'Imperatore era di buon umore, una parola non aspettava l'altra, era un fuoco di fila di vivaci domande che rivolgeva all'ospite con argomenti spiritosi e sottili spesso imbarazzanti. Il dottore dopo pranzo domandò a Las Cases come mai l'Imperatore fosse tanto colto in tali materie, e Las Cases rispose che ben pochi argomenti sono a Napoleone estranei e tutti li tratta in maniera nuova ed acuta.

Egli diceva al dottore: il nostro corpo è una macchina destinata a vivere e a tale scopo è costruita; tale è la sua natura, lasciatelo vivere a suo bell'agio; la vita si difende da sè e fa di più se non la paralizzate. Il nostro corpo è un orologio perfetto che deve andare per un certo tempo: l'orologiaio non ha la facoltà di aprirlo, nè lo può toccare se non a tentoni e cogli occhi bendati. Che se qualcuno talvolta, a forza di tormentarlo coll'aiuto di istrumenti bicornuti perviene a giovargli, quanti ignoranti poi lo distruggono. (Per i suoi tempi forse non avea tutti i torti).

Napoleone non riconosceva l'utilità della medicina che in certi rari casi, in molte malattie conosciute, consacrate dal tempo e dall'esperienza. Avea egli immaginata una legge per la quale non sarebbe stato permesso alla maggioranza de' medici di Francia se non l'uso de' rimedi innocenti e sarebbe stato loro interdetto l'impiego de' rimedi eroici a meno che non ritraessero dalla loro professione tre o quattro mila franchi all'anno, fatto che facea supporre capacità professionale e credito del pubblico.

Il Corvisat, suo medico, confessava a Napoleone di aver in proposito gli stessi convincimenti.

Quando l'Imperatrice Maria Luisa soffriva nella gravidanza, le apprestava pillole di mollica di pane.

Che cosa è la vita? Come e quando la riceviamo? Tuttociò è mistero, diceva a Corvisat.

Qual'è la differenza fra il sonno e la morte? e l'Imperatore rispondeva a se stesso: essere il sonno la sospensione momentanea delle facoltà sulle quali la volontà nostra esercita il suo potere, la morte, la sospensione durevole, non solo di queste stesse facoltà, ma di quelle ancora sulle quali la nostra volontà non esercita potere alcuno.

L'Imperatore sosteneva che la peste si contrae tanto per aspirazione che per contatto. Diceva che il maggior pericolo e la sua più grande propagazione sta nel timore, la sua sede principale nella immaginazione. (Da Boccaccio a Napoleone erano pur passati parecchi secoli!).

La difesa, diceva egli, consiste nel coraggio. A Giaffa toccava egli impunemente gli appestati e diceva di aver salvato molti malati dando loro ad intendere che non era peste ma febbre con bubboni.

Per preservare l'esercito ponetelo in marcia e fategli fare molto moto. La distrazione e la fatica lo garantiranno dall'epidemia.

Vantava allegramente la medicina di Babilonia dove gl'infermi si mettevano sulle porte e i parenti domandavano ai passanti se aveano mai avuto quel male e quale rimedio aveano adottato. Così erano certi di evitare quelli che erano rimasti vittime di rimedi.

CECCHETELLI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

VI. — In quali casi è ammesso il ricorso gerarchico.

È principio generale e fondamentale del nostro diritto che, contro gli atti di autorità autarchiche, non è ammesso di regola ricorso gerarchico, il quale presuppone una dipendenza gerarchica. Dove questa non esiste, la vigilanza governativa a cui determinati Enti autarchici sono sottoposti non vale a costituirla.

I provvedimenti di tali Enti debbono perciò considerarsi definitivi ai sensi e per gli effetti degli art. 34 e 16 n. 4 della legge (T. U.) nel Consiglio di Stato 26 giugno 1924, n. 1054, salvo che eccezionalmente il ricorso gerarchico sia espressamente stabilito da una disposizione positiva, o che si tratti di atti soggetti ad autorità tutoria le cui decisioni siano suscettibili di ricorso gerarchico.

L'eventuale ricorso presentato al Prefetto da un interessato, che si ritenga leso da un provvedimento di un ente autarchico, non può considerarsi un ricorso nel senso preciso di un rimedio giuridico consentito in prima istanza, ma come una denuncia intesa ad eccitare l'annullamento di quel provvedimento nell'esercizio del sindacato di legittimità demandato al Prefetto.

Il visto di esecutorietà, apposto dal Prefetto a una deliberazione, non costituisce un provvedimento a se stante ma rappresenta semplicemente la rinuncia ad annullare un atto che fu ritenuto legittimo e perfetto. Contro la concessione del visto non è quindi ammissibile ricorso, perchè questo non può non risolversi in un ricorso contro la stessa deliberazione divenuta esecutoria. (Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 13 marzo 1925 n. 366).

VII. — Esecuzione di un provvedimento non approvato dall'autorità tutoria.

Non si può dedurre la illegittimità di una deliberazione di dispensa dal servizio dal fatto che la deliberazione stessa fu eseguita prima dell'approvazione dell'autorità tutoria. Già altre volte ha deciso il Consiglio di Stato — e conferma ora la IV Sezione con decisione 12 giugno 1925 n. 597, ric. dott. Scaramucci, — che l'esecuzione di un provvedimento è atto successivo e distinto dal provvedimento stesso e che la irregolarità dell'esecuzione, se può importare la responsabilità di chi l'ha compiuta, nessuna influenza può esercitare sulla legittimità del provvedimento eseguito, la quale deve essere considerata soltanto in relazione agli elementi intrinseci ed essenziali dell'atto amministrativo, in sè e per sè considerata. L'approvazione tutoria reagisce i suoi effetti alla data in cui fu emanato il provvedimento soggetto all'approvazione.

Qualora il ricorrente assuma nel suo gravame essere illegittimo il criterio eseguito dall'amministrazione, al fine di considerare la dispensa dal servizio come la conseguenza della soppressione della condotta, ed essere invece necessario un esame della posizione dei colleghi mantenuti in servizio, poichè il ricorso così formulato tocca un interesse immediato e diretto degli altri medici deve essere notificato agli interessati.

VIII. — Questioni varie circa la riforma straordinaria degli organici.

Dal confronto degli art. 1 e 2 del R. D. 27 maggio 1923 n. 1177 risulta che in tanto può provvedersi alla dispensa dal servizio in quanto per effetto della riduzione di organico, già deliberata, il numero degli impiegati sia superiore a quello dei posti.

Abbiamo avuto già più volte occasione di segnalare questa risoluzione di massima, che presuppone e richiede, agli effetti della legittimità della dispensa dal servizio, la preventiva ed effettiva soppressione del posto e la conseguente esuberanza di personale. Soltanto gli impiegati in soprannumero devono e possono essere dispensati dal servizio. Questa regola è stata confermata dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 12 giugno 1925 n. 625.

La stessa Sezione, con decisione 8 maggio 1925 n. 225, ha risoluto un'altra importante questione circa il potere surrogatorio del Prefetto. « Non è da escludersi che le amministrazioni locali possano tornar sopra ai propri deliberati emessi in applicazione del R. D. 27 maggio 1923 n. 1177 e provvedere, entro i termini prescritti, a rinnovate riforme delle loro tabelle organiche, non potendo ammettersi che la potestà delle amministrazioni si esaurisca, una volta esercitata.

« L'intervento del Prefetto è legittimo, non solo quando le amministrazioni non abbiano adempiuto agli obblighi loro imposti dal R. D. suindicato, ma anche quando vi abbiano adempiuto in modo incompleto ed insufficiente, non essendo richiesto come condizione autorizzativa dell'intervento la inadempienza assoluta, bastando a giustificare l'effetto, anche la inadempienza relativa.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

a giudizio del Prefetto, il quale in tal caso è tenuto a specificare i motivi.

« La potestà surrogatoria del Prefetto nei riguardi degli obblighi a questo imposto in dipendenza del R. D. 27 maggio 1923 n. 1177, non può essere esercitata a mezzo e con atto di un commissario prefettizio ».

La ipotesi così risoluta dalla V Sezione è diversa da quella concernente il Commissario prefettizio che regga l'amministrazione del comune nel caso in cui l'ordinaria amministrazione dell'ente non possa funzionare. Con altra decisione (19 giugno 1925 n. 287) la V Sezione ha riaffermato che scopo unico, inderogabile del decreto 27 maggio 1924 n. 1177 fu quello di semplificare e riordinare gli uffici, ridurre i posti di organico, licenziare il personale esuberante. Qualora invece la amministrazione voglia raggiungere finalità diverse o di licenziamento per motivi personali o di più radicali riforme, non contemplate dalla legge speciale, deve esercitare i poteri normali secondo le norme che ne regolano l'attuazione concreta.

Rimane ancora non risoluta la questione della proponibilità immediata del ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale contro i provvedimenti emanati in applicazione del citato decreto 27 maggio 1923 e soggetti ad approvazione tutoria. Nella udienza del 21 dic. 1925 tale questione, che era stata argomento di contrasti giurisprudenziali tra la IV e la V Sezione, è stata esaminata dall'udienza plenaria del Consiglio di Stato, per una decisione di massima che farà stato definitivamente. Quando la decisione sarà pubblicata ne daremo notizia, anche perchè in attesa di essa molti ricorsi sono stati sospesi.

IX. — Ordine del giorno - Condizioni di validità delle adunanze consigliari.

Non è legittimo che un Consiglio comunale, essendo iscritta all'ordine del giorno la nomina a medico condotto dell'unico concorrente dichiarato idoneo, si occupi anche del servizio di interinato precedentemente prestato dal concorrente. Il contenuto dell'ordine del giorno per le sedute consiliari fu sempre inteso con una certa larghezza allo scopo pel quale esso è redatto, in relazione cioè allo scopo di evitare che siano portati in discussione, di sorpresa, argomenti non previsti.

Quantunque in un verbale non sia espressamente dichiarato che la seduta fu segreta, « è da ritenersi che l'obbligo della seduta segreta sia stato osservato se dal verbale risulti che ad un certo momento fu introdotto nella sala l'interessato e che, dopo essere state svolte con lui trattative, egli fu fatto allontanare dalla sala stessa, tali circostanze dimostrando che la seduta non fu pubblica ». È noto che l'art. 161 del Reg. per l'esecuzione della legge comunale e provinciale, 12 febbraio 1911 n. 297 prescrive che per le deliberazioni *concernenti persone* deve farsi constare dal verbale che si è proceduto alla votazione segreta e che per le deliberazioni *concernenti questioni di persona* deve risultare dal verbale che si è anche proceduto in seduta segreta. Queste norme sono state interpetrate nel senso che l'uno e l'altro adempimento formale debbano risultare in modo esplicito dal verbale a pena di nullità. Però la giurisprudenza ha ammesso qualche temperamento, ritenendo non indispensabile che sia dichiarato essersi proceduto in seduta segreta e a voti segreti, quando dal verbale stesso risulti, per elementi *positivi e certi*, che l'adempimento fu osservato. Il caso che abbiamo sopra segnalato, in relazione alla decisione 5 giugno 1925 n. 566 della IV Sezione del Consiglio di Stato, è una applicazione del temperamento accolto in circostanze speciali dalla giurisprudenza.

X. — In quali casi è efficace la rinunzia al ricorso.

Non importa rinunzia al ricorso contro il licenziamento, il fatto che l'impiegato abbia riscosso la relativa indennità, giacchè la rinunzia deve farsi nelle forme volute dall'art. 46 del regolamento di procedura 17 agosto 1907 n. 642 e non può risultare da atti impliciti ed equipollenti. Questa risoluzione della V Sezione del Consiglio di Stato (3 luglio 1925 n. 306) è importante perchè in molti casi è avvenuto che gli impiegati dispensati dal servizio siano stati costretti ad eseguire alcuni effetti del licenziamento: riscossione della indennità, liquidazione della pensione, ecc. Sarebbe perfino discutibile in questi casi la efficacia della rinunzia implicita dal punto di vista della libertà del volere, in quanto l'impiegato, che ha perduto lo stipendio, ha pur bisogno per vivere o di riscuotere le indennità o di liquidare la pensione. Ma il Consiglio di Stato ha considerato la questione da un altro punto di vista, cioè da quello formale circa la validità della rinunzia al ricorso.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Contro l'incetta degli ammalati.

Il prefetto di Palermo ha emanato un'ordinanza in data 9 dic. 1925, la quale dispone tra l'altro quanto appresso:

Art. 12. — La incetta di ammalati a fine di mercimonio è vietata, e sarà rigorosamente impedita.

Di tale divieto si farà espressa menzione nei certificati di iscrizione rilasciati a sensali, cocchieri e simili, a norma dell'art. 11 della presente ordinanza, sotto comminatoria di immediata revoca del certificato nel caso di inosservanza.

A coloro che risultassero indiziati di praticare la incetta di ammalati, sarà vietata la frequenza agli scali ferroviari e marittimi, agli ospedali ed ai locali di pubblica assistenza, e saranno negati i biglietti di abbonamento ordinari sulle ferrovie.

Salvo i procedimenti e le sanzioni penali proprie dei casi specifici, nei quali la incetta di ammalati prenda la forma di violenza, artificio, raggiro, inganno, abuso della credulità pubblica, associazione, ecc. previste dal Codice Penale, o altra forma di reato prevista da leggi speciali, chiunque se ne renda responsabile se infermiere sarà espulso, se di altro Comune sarà immediatamente rimpatriato.

La recidiva in materia di incetta di ammalati potrà costituire elemento per la denuncia di cui all'art. 94 legge P. S.

Gli esercizi pubblici, che risultassero frequentati da incettatori di ammalati, verranno chiusi.

Salvi i provvedimenti di carattere penale ed amministrativo, i sanitari che risultassero coinvolti in casi di incetta di ammalati a fine di mercimonio, saranno dall'Autorità di P. S. denunziati all'Ordine dei Medici e, se dipendenti da pubbliche amministrazioni o appartenenti ad Istituti, anche alla Direzione delle Amministrazioni e degli Istituti stessi, alle quali sarà rimessa copia dei documenti comprovanti l'illecita industria.

Art. 13. — Le case di salute dovranno notificare giornalmente all'ufficio di P. S. della circoscrizione l'elenco delle persone assunte in cura, o comunque alloggiate, con le rispettive generalità e con la indicazione per le prime, del luogo di immediata provenienza e della persona che le avesse eventualmente accompagnate.

Art. 14. — Indipendentemente dalle sanzioni penali e disciplinari, la prima contravvenzione al disposto del precedente articolo darà luogo ad una diffida, le successive potranno dar luogo alla sospensione ed anche alla revoca della licenza.

Art. 15. — Salvi gli eventuali provvedimenti penali ed amministrativi, sarà passibile di diffida la casa di salute nella quale risulti, una prima volta, esercitarsi il mercimonio di ammalati.

In caso di recidiva, la casa di salute incorrerà nella sospensione o nella revoca dell'esercizio a termine dell'articolo seguente.

Art. 16. — La sospensione e la revoca, di cui ai precedenti art. 14 e 15, saranno pronunciate dal Prefetto, sentito il Consiglio Provinciale Sanitario, su conforme avviso di una Commissione composta dal Vice-prefetto Presidente, dal Presidente dell'Ordine dei Medici, dal Medico Provinciale, dal Direttore dell'Ospedale di Palermo e da un rappresentante medico degli esercenti case di salute, nominato dagli stessi.

Art. 29. — I contravventori alla presente ordinanza saranno puniti a norma di legge.

Art. 30. — Le Autorità interessate, i funzionari ed agenti di P. S., l'Arma dei Carabinieri Reali, sono incaricati della esecuzione della presente ordinanza.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Municipio*. — Capo del Laboratorio batteriologico. Vedi fasc. 1. Scad. 10 marzo.

CASTEL CAMPAGNANO (*Caserta*). — Al 10 feb.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; oltre L. 2400 cav. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.15. Se uff. san. L. 500. Docum. a 3 mesi dal 20 dic.

CASTELFRANCO VENETO. *Ospedale Civile*. — Al 31 gen., med.-chir. assistente; L. 3000 (*sic*) ed alloggio, oltre c.-v. in L. 1200, lorde. Età lim. 40 a. Punti nei singoli esami. Titoli di preferenza: chirurgia e radiologia. Situazione di famiglia. Divieto di incarichi a carattere continuativo alle dipendenze di Comuni o altri Enti. Nom. e conferme biennali. Assunz. del servizio nel termine che verrà stabilito con la partecipaz. di nom.

FIRENZE. *Spedale di S. Giovanni di Dio*. — Direttore chirurgo primario; titoli; età mass. 40 (44) anni, al 1° ott.; 7 anni di laurea di cui 5 in osped. o cliniche o istituti di patologia, di cui 3 come effettivo; L. 10,000 e 50 % tasse operazioni; due camere (o quartiere appena libero, dietro corresponsione di L. 4000). Limitazioni esercizio professionale. Tassa L. 50. Scad. ore 16 del 20 feb. Rivolgersi alla Segreteria (via Borgognissanti, 16). Docum. a 3 mesi dal 30 dic.

LAINATE (*Milano*). — Scad. 5 feb.; L. 10,500 e 5 quadrienni dec.; oltre i mille pov. addizion. L. 3 annue. Mezzi di trasporto L. 2000.

MOLTENO (*Como*). — Consorz. 4 comuni; proroga al 31 gen., ore 17. Vedi fasc. 1.

POMARO (*Alessandria*). — Scad. 31 gen.; L. 7000 e 4 quinq.; mezzo trasp. L. 500; uff. san. L. 500.

PORDENONE. *Ospedale Civile di S. Maria degli Angeli*. — A tutto il 31 gen. primario medicina; vedi fasc. 1.

PREDAPPIO (*Forlì*). — Al 31 gen., 2ª cond.; lire 10,000 e 10 bienni ventes., doppio c.-v.; per cav. L. 3000; pov. 600 su 2379 ab. Tassa L. 50.10.

ROMA. *Ministero della P. I.* — È bandito il concorso alla cattedra di anatomia patologica presso la R. Università di Perugia. Scad. 30 gen.

Sangiustino (*Perugia*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 per resid. e 500 pov.; 4 quadr. dec.; L. 600 indenn. serv.; addiz. L. 2; c.-v.; L. 4000 cavalc.; L. 500 uff. san.; indenn. ambulatorio da concordarsi. Età lim. 35 a. Ab. 5600. Tariffa per i meno abbienti non superiore a L. 5 per visita. Tassa L. 50.10.

Taranto. *R. Prefettura.* — È revocato il concorso ad uff. san. di Taranto e bandito un nuovo concorso alle seguenti condiz.: stip. L. 16,500 e 5 quadrienni dec.; L. 1500 indenn. carica e c.-v.; compensi certificati e visite. Età lim. 45 a. Ab. 104,387. Divieto d'incarichi da privati o pubbliche amministraz. Scad. ore 12 del 31 gen. Docum. a 6 mesi dal 23 nov. Esami presso la R. Università di Napoli.

Concorsi a premio.

Fondazione Forlanini.

La Fondazione intitolata al compianto prof. Forlanini, ha bandito il concorso per un premio di L. 10,000, da assegnarsi ad un lavoro originale che riguardi l'anatomia patologica o la patogenesi, o la terapia della tubercolosi polmonare. Il lavoro, a stampa o dattilografato, deve essere presentato in otto esemplari entro il 31 dicembre 1926, alla Direzione dell'Ospedale Maggiore di Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nelle Universita'.

Alla cattedra di clinica chirurgica generale e medicina operativa di Modena sono stati proposti: 1° Gaetano Fichera, 2° Paolo Fiori, 3° Leonardo Dominici. La Commissione giudicatrice era così composta: proff. sen. G. Pascale, R. Alessandri, I. Tansini, G. Tusini, Pes.

Alla cattedra di patologia medica di Milano sono stati proposti: 1) Domenico Cesa-Bianchi; 2) Pietro Sisto. La Commissione giudicatrice era così composta: Micheli, L. Zoia, A. Ceconi, Maurizio Ascoli, A Zeri.

Alla cattedra di clinica e patologia medica di Sassari sono stati proposti: 1) Guido Izar; 2) Luigi Preti. La Commissione giudicatrice era così composta: L. Devoto, A. Ceconi, Maurizio Ascoli, L. Boeri, Marassini

Alla cattedra di clinica oculistica di Siena sono stati designati: 1° Vittoriano Cavara; 2° Filippo Vecchio Verderame; 3° Giacinto Mosso. La Commissione ministeriale era così composta: proff. G. Gonella, G. Lodato, Bietti.

Ordine della Corona d'Italia.

Grande uff.: prof. Salvatore Ottolenghi, della R. Università di Roma, direttore della Scuola di Polizia Scientifica.

Commendatori: prof. Fabio Rivalta, di Roma; dott. Sebastiano Cocuzza, di Francoforte (Siracusa); dott. Giuseppe Sacchi, medico provinciale di Torino; dott. Giovanni Palomba, medico scolastico primario del comune di Roma.

Cavaliere: dott. Alfonso Gioveneo, di Alcamo (Trapani).

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso Internazionale di Ortodontia.

Nel prossimo agosto avrà luogo a New York il I Congresso Internazion. di Ortodontia, che segnerà un avvenimento di grande importanza nel cammino ascensionale dell'odontoiatria.

Il prof. Corrado D'Alise, docente di odontoiatria nella Scuola di specializzazione in Pediatria della R. Università di Roma, per la sua particolare competenza dell'ortopedia dentofacciale è stato nominato Presidente onorario del Congresso stesso e invitato a partecipare, con una sua comunicazione, in rappresentanza dell'Italia.

Malgrado un invito così lusinghiero, il quale comporta anche la munifica offerta del viaggio e dell'alloggio gratuiti, il prof. Corrado D'Alise ha declinato l'onore fattogli, perchè il Comitato Ordinatore del Congresso non aveva messo l'italiana fra le lingue ufficiali. La nobile protesta provocò una lettera del Presidente del Comitato stesso, il quale si scusa vivamente dell'involontaria omissione, alla quale ha prontamente riparato.

Così l'Italia, anche in queste assisi internazionali, avrà il posto che le compete.

Corso per gli aspiranti Ufficiali sanitari.

Durante il bimestre febbraio-marzo sarà tenuto, nell'Istituto d'Igiene della Università di Bari, un corso complementare d'igiene pratica, secondo le norme stabilite dal R. D. 29 maggio 1898, e in conformità dei programmi pubblicati nel Bollettino Ufficiale del Ministero della P. I. del 16 marzo 1899. Il corso potrà venire frequentato dai laureati in medicina e chirurgia, in zooiatria, in chimica e farmacia, in scienze naturali, in scienze agrarie e dai diplomati in farmacia. Quietanza di L. 300 a titolo contributo spese d'insegnamento, L. 150 sopratassa di esame, da pagarsi all'Economo universitario e L. 100 da pagarsi all'Ufficio del Demanio per tassa di Diploma.

Corso d'igiene e di assistenza medica infantile.

La Croce Rossa Italiana terrà dal 1° febbraio al 31 maggio il IV Corso di igiene ed assistenza medica infantile, presso il Preventorio Emilio Maraini (Roma, via del Rubicone). E' riservato ai medici e diretto dal prof. F. Valagussa. L'iscrizione è gratuita. Domande al Comitato centrale della C. R. I. (via Toscana 12, Roma). Verranno assegnati dei premi.

Per le tariffe dei Medicinali.

L'on. Lo Monte aveva interrogato il Ministro dell'Interno per conoscere quali ragioni giustificano il ritardo nella pubblicazione delle Tariffe di Stato pei medicinali. Il sottosegretario on. Grandi gli ha così risposto:

« Le tariffe ufficiali dei medicinali, previste dall'art. 17 della legge 22 maggio 1913, n. 468, furono pubblicate nel dicembre del 1923; senonchè il Ministero, in seguito alle lagnanze mosse dalla classe dei farmacisti, attinenti in special modo alla tonalità economica delle tariffe medesime, e per aver modo altresì di correggere alcuni errori nei

quali si era incorsi nella stampa, ritenne opportuno di sospenderne l'applicazione.

« L'ulteriore lavoro di revisione, che è stato lungo e minuzioso, è ormai quasi ultimato, sicchè può ritenersi che le tariffe, di cui è parola, potranno essere al più presto pubblicate, insieme ad un prontuario che il Ministero ha riconosciuto necessario di fare anche compilare, allo scopo di rendere più facile e più spedita l'applicazione del nuovo sistema di tariffazione ».

Discorsi inaugurali.

Riportiamo i titoli dei discorsi inaugurali tenuti nelle nostre Università e concernenti la medicina e le scienze affini: a Bari, prof. Ugo Cerletti, « La psichiatria fra i normali »; a Bologna, prof. Alessandro Ghigi, « Il processo Dayton contro la teoria dell'evoluzione »; a Camerino, prof. Carlo Lotti, « Costituzione e malattie »; a Milano, prof. Carlo Foà, « I fattori fisiologici della personalità »; a Padova, prof. Oddo Casagrandi, « Stride l'aratro in solchi aspri »; a Pavia, prof. Francesco Coletti, « La forza demografica dell'Italia e il suo valore per la civiltà del mondo ».

In onore del prof. Devoto.

Il 20 dicembre u. s. venne reso un grandioso omaggio di ammirazione e di devozione al prof. Luigi Devoto, traendone motivo dal suo giubileo didattico.

La cerimonia fu organizzata da un Comitato che aveva già promosso una sottoscrizione nazionale, per costituire una Fondazione intitolata al nome del Devoto, destinandone il reddito all'incremento degli studi nel campo della medicina del lavoro. All'uopo fu stabilito, anche per desiderio del festeggiato, un premio biennale internazionale di L. 10,000, da assegnarsi agli autori di pubblicazioni che portino contributi risolutivi in quel vasto campo. La Fondazione è stata affidata al Reale Istituto Lombardo. Oltre a ciò, con la donazione della signora Allen Nathan, di L. 25,000, furono create due borse di studio presso la Clinica del Lavoro, diretta dal Devoto.

I festeggiamenti attestarono l'altissima stima e il cordiale affetto che l'insigne studioso ha saputo cattivarsi. Essi si svolsero nella grande aula della Clinica. Parlarono il sen. Pavia quale presidente degli Istituti Clinici, il prof. Valente per la Facoltà di Medicina, il prof. Preti pel Comitato, il prof. Berzolari quale presidente dell'Istituto Lombardo, il prof. Cesa-Bianchi per gli allievi e coadiutori, il sen. Maragliano che fu maestro del Devoto. La cerimonia lasciò in tutti i convenuti la più profonda e grata impressione.

Limiti d'età.

Nel 1926 raggiungeranno i limiti d'età i seguenti professori universitarî: Albertotti Giuseppe, di clinica oculistica a Padova, nato a Calamandrana (Alessandria) il 23 luglio 1851; Fedeli Carlo, di patologia medica a Pisa, nato a Pisa il 4 novembre predetto; Feletti Raimondo, di clinica medica a Catania, nato a Comacchio (Ferrara) il 16 dicembre predetto. In base all'art. 1 del Regolamento Generale Universitario, i proff. Fedeli e Feletti potrebbero essere collocati a riposo soltanto nell'agosto 1927, avendo la possibilità di iniziare il corso anche per l'anno scolastico 1926-27.

Per l'insegnamento dell'Odontoiatria nell'Università di Roma.

Il ministro della P. I. ha stanziato la somma di L. 250,000 per tutte le spese necessarie al montaggio e al funzionamento dei padiglioni per l'Odontoiatria nella R. Università di Roma.

Nella stampa medica.

Il periodico « Endocrinologia e Patologia costituzionale », fondato nel 1922 dai proff. Viola e Pende e la cui pubblicazione negli ultimi tempi aveva subìto un certo ritardo, è stato ora assunto dalla Casa Editrice Licinio Cappelli di Bologna; ne sarà redattore-capo il prof. Francesco Schiassi. Esso inizia così una nuova serie; farà posto solo a lavori originali brevi, e in ogni fascicolo conterrà una rivista generale sintetico-critica e copiosi riassunti. Se ne pubblicheranno quattro fascicoli annui, i quali costituiranno un volume di non meno di pag. 400. Rinnovati augurî.

Elargizioni e lasciti.

Il sig. Antonio Lombardo, di Lodi, uno dei maggiori industriali della regione, ha lasciato in testamento 5 milioni da dividersi fra gl'istituti di beneficenza della città; in massima parte spetteranno all'Ospedale Maggiore.

La deputazione amministrativa del Monte dei Paschi di Siena, ricorrendo il terzo centenario dell'Istituto, ha elargito più di un milione in beneficenze ed ha deliberato l'erezione di un ospizio marino per gli orfani di guerra.

Il sig. Niccolò Agano, morto a Quarto dei Mille, ha lasciato eredi varî Istituti di beneficenza, usufruttuaria la vedova; tra l'altro, alla morte di questa dovranno essere versate 600,000 lire all'on. Mussolini affinchè vengano distribuite a mutilati, ciechi e invalidi di guerra iscritti al partito fascista.

La sig.ra Maria Assunzione Rodriguez, ha lasciato 100,000 lire all'Ospedale Maggiore di Genova.

Il sig. Michele Sacerdoti ha lasciato 100,000 lire alla Congregazione di Carità di Modena.

Corso di neuropsichiatria a Filadelfia.

La « Fondazione per la Sanità Pubblica » di New York ha assicurato all'Università di Filadelfia la somma di 12,000 dollari per tre anni (pari complessivamente a circa 1 milione di lire it.), allo scopo d'istituirvi un « Corso graduato di perfezionamento in Neuropsichiatria », destinato esclusivamente a medici, della durata di 36 mesi, divise, con meticoloso programma didattico-scientifico, in sei semestri, affidato a medici alienisti e neuropatologi col concorso di psicologi, pedagogisti, biologi, ecc.

CELSO PELLIZZARI.

Quasi improvvisamente, dopo breve malattia, mancava ai vivi il 25 dicembre u. s., a 74 anni di età, in Firenze, CELSO PELLIZZARI, direttore di quella Clinica dermosifilopatica.

La sua scomparsa che, malgrado gli anni, nulla faceva prevedere così rapida e subitanea, getta nel lutto la famiglia dermatologica italiana di cui egli era uno dei più illustri componenti e rappresenta per la scienza e per l'insegnamento una irreparabile perdita.

Celso Pellizzari non fu soltanto un maestro insuperato ed un clinico insigne la cui fama varcò i confini della patria, ma fu anche e soprattutto un carattere fermo ed austero ed un animatore che nell'esercizio del suo ministero di medico, d'insegnante e di filantropo seppe dare all'opera propria e di quelli che lo coadiuvavano un'impronta di fervore e di energia così come a pochi forse fu dato di ottenere.

Così il suo nome resta legato non solo alla sua attività scientifica ed alla sua scuola da cui uscì una pleiade di valorosi allievi, molti dei quali occupano oggi degnamente le maggiori cattedre italiane, bensì anche a quell'Istituto foto-terapico fiorentino che Egli da solo riuscì a creare dal nulla e con incredibili sforzi e tenacia seppe portare ad un'altezza pari a quella dei maggiori di Europa. Nè qui si arresta l'opera sua multiforme. Convinto che una razionale profilassi delle malattie veneree dovesse battere ben altra strada che non quella segnata da rigidi regolamenti di polizia, Egli fu il vero ispiratore della così detta riforma Crispi. Le cause, del tutto estrinseche, che impedirono l'immediato trionfo di quella nobile idea, furono da Lui enumerate in un opuscolo, diventato ora rarissimo, dal titolo « Una riforma abortita »: peraltro il buon seme gittato fruttificò più tardi ed i concetti che avevano ispirato nuovi regolamenti, improntarono poi, in questa materia, tutta la politica sanitaria italiana degli anni successivi. L'istituzione dei dispensari celtici gratuiti e delle sale celtiche ove i malati venerei sono accolti a totale carico dello Stato, gli uni e le altre poi imitati in tutte le nazioni civili, resta a testimoniare la larghezza delle sue vedute ed il suo spirito veramente generoso ed umanitario.

Caratteristiche furono in lui, che pur sentiva altamente la dignità di maestro e di scienziato, la semplicità della vita e la costante antipatia per ogni manifestazione di vanità. Il giubileo del 40° anno del suo insegnamento, promosso dai suoi fedeli allievi, Egli volle fosse celebrato nella intimità più schietta, quasi come una festa di famiglia, e in ogni altra occasione Egli rifuggì sempre dal mettersi in evidenza o dal menare scalpore intorno alla propria persona.

Ora la « diva severa » è discesa anche su di Lui e lo ha ghermito, ma il suo nobile spirito aleggia ed aleggerà ancora a lungo fra le numerose generazioni di medici che Egli educò all'amore della scienza ed alla sana osservazione clinica e sulle istituzioni e sulle opere benefiche che Egli aiutò e promosse.

V. MONTESANO.

La dott. ANNA KULISCIOFF, deceduta il 30 dicembre, il cui nome è legato alle vicende del socialismo italiano, aveva conseguito, in Italia, la laurea in medicina.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Boston Med. a. Surg. Journ., 4 giu. — E. P. BOAS. Significato clinico dei recenti studî sui capillari.

Journ. de Méd. de Paris, 6 giu. — SCHEFFLER. Senilità e opoterapia.

Acta Med. Scand.; suppl. X. — J. HELWEG. Sciatica o miopatia e *labore*. — Suppl. XI: E. B. SALÉN. Studî sull'emoglobinuria *a frigore*.

Riforma Med., 18 mag. — G. CARISI. Tumori pigmentati.

Paris Méd., 15 giu. — Effetti fisiologici delle radiaz. luminose.

Giorn. di Med. Mil., giu.-lug. — Resoc. del III Congr. intern. di med. e farm. mil.

Pediatria, 15 giu. — A. ROCCHI, F. REDLICH. La reaz. di Schick nel neonato e nella madre. — R. KHÀRINA-MARINUCCI. Cutireazioni aspecifiche nell'infanzia.

Amer. Med., mag. — J. C. O'DAY. La gastroenterost. — J. F. YARBROUGH. L'acidemia cronica. — C. BROOKS WILLMOTT. Il compito del cavo orale nelle malattie. — B. Y. TALMEY. La demivierge.

Morgagni, 14 giu. — N. MORI. Etiol. del cancro.

Gaz. d. Hôp., 20 giu. — J.-R. HENRY e A. RATHELOT. Il problema della sensibilità ostetr.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., giu. — A. E. HERTZLER. Rapporti tra dismenorrea e tirotossicosi. — R. D. MUSSEY. Somiglianza clinica tra tossiemia eclamptica e glomerulonefrite acuta. — W. A. FOWLER. Infezioni puerper. croniche.

Cl. Med. Ital., mar.-apr. — G. VERCELLOTTI. Reazioni biologiche del liq. cef.-rach. — E. BENVENUTI. Tumori del ponte di Varolio.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 giu. — Numero di neurologia.

Vers la Santé, giu. — A. GAUCHER, E. RENTERSKIÖLD. L'aviazione sanitaria.

Cult. Med. Mod., 30 giu. — L. DE LUCA. Terapia delle distesie del cieco e del colon.

Radiologia Med., lug. — P. DEL BUONO. Etiopatogenesi degli enterospasmi. — G. SCADUTO. Roentgen o radiumterapia dell'ipertricosi? — C. POSATI. Ernia diaframmatica.

Pediatria, 1 lug. — P. GALLI. Complicazioni nervose della varicella.

Ann. di Ostetr. e Ginec., giu. — M. MASSAZZA. I sarcomi ovarici.

Journal Am. Med. Assoc., 20 giu. — F. J. GAENOLEN. Cura del rachit. — N. ROSENTHAL. Studi clinici ed ematologici sul morbo di Banti. — A. H. ROWE. Cura dell'asma bronchiale. — F. M. JOHNS e S. C. JAMISON. Lo stovarsolo *per os* nell'amebiasi intest.

Arch. inn. Med., 3. — O. KLEIN. La funzione renale nei casi gravi di diab. — P. MAHLER. Azione di vari zuccheri sulla secrez. gastr. — H. ROTKY e O. KLEIN. Pressione venosa, capillare e arteriosa negli emiplegici. — A. SELIG. Fisiopatologia e terapia della tachicardia parossistica.

Brit. Med. Journ., 4 lug. — E. L. KENNAWAY. Cancro speriment. — J. B. FRY. Siero-diagn. del cancro.

Giorn. di Clin. Med., 30 giu. — P. PICCININI. La idrologia nei rapporti con la pratica med.

Lancet, 4 lug. — S. A. K. WILSON. Disturbi della motilità e del tono muscolare.

Morgagni, 28 giu. — I. BARCAROLI. Anuria riflessa calcolosa.

Ann. Clin. Med. e Med. Sper., 11. — L. AVELLONE. Ipertermia da colpo di calore e da colpo di sole. — V. ZAGAMI. Correlazioni tra funzione paratiroidea e secrez. enterica. — C. DI GIOIA. Il timo nell'avitaminosi.

Wien. Klin. Woch., 2 lug. — H. RUBRITIUS. Anuria riflessa.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Le direttive delle nostre tre Riviste Speciali, per l'anno 1926:

"CUORE E CIRCOLAZIONE"

Rivista mensile diretta da Vittorio Ascoli

AI MEDICI ITALIANI.

Col titolo CUORE E CIRCOLAZIONE, *assunto da due anni, questo Periodico non ha essenzialmente cambiato il vecchio carattere di giornale per i pratici, che gli apparteneva, quando invece portava sulla testata:* MALATTIE DEL CUORE. *Gli è che la clinica in genere, e soprattutto la cardiologia, cadrebbe nel pretto empirismo e, peggio, nel commercialismo terapeutico, se non si tenesse continuamente e intimamente connessa all'anatomia normale e patologica, alla fisiologia e fisiopatologia, se non si avvalesse di ogni più sottile mezzo d'indagine che le scienze affini le apportano.*

La moderna cardiologia usufruendo le fine nozioni di anatomia e fisiologia, per interpretare il dispiegarsi delle forze meccaniche in rapporto con le proprietà fisico-chimiche dei liquidi in moto e con le modificazioni biologiche che questi subiscono traverso organi e tessuti, sorprendendo con delicati istrumenti e con precise analisi le minute particolarità del circolo arterioso, capillare e venoso e le ultime conseguenze dello scambio organico, ha illuminato vivamente tutti i processi normali e patologici del circolo, e s'è spinta nel campo delle applicazioni sociali e ha tentato financo le applicazioni chirurgiche. L'estensione della cardiologia nelle sue fondamenta e nel suo svolgimento è tale oggidì che un apposito periodico è reso indispensabile, sia per accogliere la produzione nostrana, che è ricca ed eccellente come attestano le annate, specialmente le ultime, del nostro periodico, sia per dar conto adeguatamente dei rapidi e profondi progressi che si vengono compiendo.

A queste nuove necessità di ogni medico che voglia tenersi al corrente degli studi e della esperienza clinica nella branca fondamentale della clinica, che è la moderna cardiologia, risponde pienamente il periodico CUORE E CIRCOLAZIONE.

Per esso noi invochiamo la cooperazione degli studiosi italiani nelle singole sezioni della cardiologia, perchè gli studi sulla circolazione che in Italia hanno avuto il loro inizio e che hanno in ogni tempo fiorito per l'opera geniale e profonda di molti studiosi spicchino per originalità di vedute e per severa documentazione, all'altezza dei còmpiti nuovi.

I collaboratori e il sempre crescente numero di abbonati intendono tutto l'interesse nazionale di rendere sempre più prospera la vita di tal periodico che incarna il movimento cardiologico e che ha — ed avrà — le nostre cure più vigili e premurose.

LA DIREZIONE.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

A TUTTI I MEDICI PRATICI ITALIANI.

Nel corso del 1925 LA CLINICA OSTETRICA *ha pubblicato ben 67 contributi originali, provenienti dalle più varie Scuole e dai più svariati centri ospedalieri; ha dato posto ad oltre 300 riassunti di pubblicazioni in gran parte straniere, sì che il medico pratico potè prendere contatto col movimento contemporaneo mondiale; ha dato inoltre* 30 *recensioni di trattati e monografie varie e una cinquantina di notizie.*

Mentre furono promesse 40-48 *pagine per ogni fascicolo, l'annata forma un volume di ben* 620 *pagine.*

Codeste cifre sono, ci pare, più eloquenti di un programma e possono dispensarci dal fare delle promesse.

Ci limitiamo perciò solo a riaffermare che manterremo LA CLINICA OSTETRICA *nelle direttive attuali di praticità e dignità, in modo da farne un organo sempre più apprezzato e desiderato di cultura e di educazione ostetrico-ginecologica.*

Che l'indirizzo attuale abbia incontrato il favore del pubblico medico ci è testimoniato dalla progressione continuata degli abbonati, che sono andati crescendo fino agli ultimi mesi. Che LA CLINICA OSTETRICA *abbia acquistato rinomanza è documentato dalla ricchezza del materiale che di continuo viene inviato per la pubblicazione.*

Da medici isolati, da centri ospedalieri, da cliniche di tutta Italia, affluiscono con ininterrotto ritmo contributi alle varie rubriche: dai lavori originali, *alle* documentazioni cliniche e anatomiche, *agli* errori, *alle* riviste sintetiche. *Questo afflusso è tale da darci il senso della vitalità del giornale e della considerazione in cui è tenuto; ma nello stesso tempo ci fa sentire la insufficienza della mole attuale e il desiderio di aumentarla.*

Ora perchè l'aumento non gravi sulla quota di abbonamento duopo è che gli abbonati si moltiplichino. Non basta quindi che restino fedeli gli attuali lettori, inviandoci al più presto la loro quota, *ma occorre che trovino abbonati, diventando essi medesimi i migliori propagandisti. Così sorretta,* LA CLINICA OSTETRICA, *potrà seguitare nella attuale via ascendente, perchè non verrà certo meno la nostra buona volontà.*

LA DIREZIONE.

IL VALSALVA

Rivista mensile diretta da Guglielmo Bilancioni

AL LETTORE.

Nell'iniziare il secondo anno della Rivista potremmo esimerci dallo scrivere un proemio e, parafrasando l'antico filosofo che dimostrava il movimento col deambulare, limitarci ad additare ai lettori il nuovo fascicolo del VALSALVA, *dicendo che è cosa viva.*

L'aver superato, tanto felicemente, il primo anno di vita è già, in Italia e per una rivista speciale, un segno di robustezza che promette uno sviluppo ulteriore, prosperoso e utile.

Sfogliando la raccolta ognuno potrà convincersi che il nuovo periodico non ha compiuto opera indegna per la nostra coltura: la varietà degli argomenti nella parte originale e nelle ampie recensioni, nella raccolta dei casi clinici e nella parte storica, nella discussione di questioni chirurgiche e nel tratteggiare problemi che sono al confine fra l'arte e la scienza, mostra un complesso così ricco di fatti e di documenti, che poche altre riviste — non sia peccato d'immodestia l'affermarlo — possono offrire.

Una caratteristica poi del nostro periodico si è quella di essere tutto italiano: abbiamo ancora troppo dottrinale nostro da far conoscere e valutare, al di qua e oltre i confini, in questo rinnovato fervore per gli studi oto-rino-laringologici, che riteniamo doveroso un sano nazionalismo scientifico.

Nulla quindi da mutare nel nostro programma, che si compendia nella ricerca della chiarezza, della brevità, della praticità, in una parola della serietà degli scritti. L'aumento del numero delle pagine su quello dapprima stabilito contribuirà a dare maggiore elasticità alle diverse rubriche. La simpatia accordata da distinti Colleghi di varie discipline, l'aiuto offerto da una schiera di giovani volonterosi, la solerzia dell'editore, il quale cura con speciale sollecitudine questo periodico, il miraggio di un ideale perfezionamento intimo della nostra esistenza intellettuale, varranno, ne siamo certi, a portare IL VALSALVA *al posto che gli spetta.*

LA DIREZIONE.

ANNO XXXIII Roma, 25 Gennaio 1926 Fasc. 4

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Su due casi di ipernefroma con metastasi

per il dott. RENZO CARUSI, assistente volontario.

Pochi argomenti sono stati forse oggetto di sì larga osservazione clinica, come i casi di ipernefroma, dacchè nel 1883 il Grawitz ne descrisse il primo caso, ed assegnò alla capsula surrenale l'origine di questi tumori.

La letteratura si è accresciuta notevolmente in proposito, e con i casi pubblicati si sono anche moltiplicate le ipotesi sulla origine e sulla natura degli ipernefromi, per cui il primitivo concetto di Grawitz ha incontrato non pochi difensori ed oppositori, senza che alla fine si potesse addivenire ad una conclusione definitiva, che sistemasse tutte le questioni finora sorte.

Non è quindi opportuno fare una dettagliata storia delle ipotesi avanzate, la quale d'altronde si può trovare ampiamente trattata in lavori già pubblicati sull'argomento; ma ci limiteremo ad accennare per sommi capi le teorie meglio accettate per spiegare questa specie di tumori.

Gli ipernefromi, sono, secondo il concetto del Grawitz, dei tumori i quali derivano dal tessuto corticale della glandola surrenale, e che si impiantano nel tessuto proprio del parenchima renale, con preferenza nel polo inferiore.

Ma poichè alcuni AA. hanno trovato, in casi di ipernefromi, del tessuto renale misto a quello cortico-surrenale, si è voluto attribuire al rene, e propriamente al corpo di Wolff, secondo la teoria di Cohnheim, l'origine oncologica di questi tumori.

Però nessun elemento di cellula indifferenziata primitiva è stata trovata per poter dare serio appoggio a questa ipotesi, onde si è piuttosto pensato che gli ipernefromi per i loro caratteri clinici e microscopici altro non fossero se non adenomi, o angioadenomi.

Questa opinione non è divisa da tutti, anche perchè i fatti clinici contraddicono queste vedute, e fanno piuttosto classificare gli ipernefromi fra i tumori a carattere maligno. Ma pur pensando di trovarsi in presenza di neoplasmi maligni, la divergenza esiste sempre fra quegli AA. che classificano gli ipernefromi fra gli epiteliomi, e quelli che li considerano come connettivomi. Fra questi vi sono alcuni i quali, mantenendosi nel giusto mezzo, pensano che si tratti di tumori misti, a natura prevalentemente epiteliomatosa, con cellule di natura sarcomatosa. Ed alcuni (Erlich, Aplant, Lubarsch, Hansemann, Rietti, Wilms) ritengono che la trasformazione di alcuni punti dello stroma in struttura sarcomatosa, debba intendersi come fenomeno secondario, inquantochè è stato trovato che queste forme non sono punto rare nello sviluppo di un tumore carcinomatoso.

Altri invece hanno attaccato la teoria di Grawitz (Stoechel, Ipsen, ecc.), escludendo del tutto la presenza di cellule surrenali nei tumori, e considerando come una neoformazione proliferativa delle cellule epiteliali del rene le presunte cellule surrenali, e quindi interpretando come neoplasma epiteliali gli ipernefromi.

Il Pistocchi, in un caso di ipernefroma bilaterale con metastasi tiroidea, pur non pronunciandosi in definitiva sulla natura del tumore, inclina ad ammettere come mezzo di diffusione la via sanguigna, anche perchè delle comunicazioni linfatiche tra i due surreni non esistono.

Da molti però è considerata la rapida malignità del tumore, l'età matura in cui si manifesta, ed altri caratteri concomitanti per poter giustificare la natura carcinomatosa.

Comunque sia, la primitiva concezione del Grawitz, che si fosse di fronte a parti aberranti di capsule surrenali, va intesa in modo relativo, di guisa che accanto alla proliferazione surrenale, si trovano elementi propri dei tumori.

Una domanda importante da farsi è se noi abbiamo elementi per fare una diagnosi in vita di questi tumori.

Certo per ogni neoplasia, ancorchè i caratteri clinici possano indirizzare per una data forma, il criterio di sicurezza è dato dalla biopsia, la sola che possa porre l'esatta natura del caso.

Ma che vi sia però qualcosa da richiamare la nostra attenzione sul tumore renale, e che sia specifica per tale affezione, noi non possiamo asserirlo, ed i nostri casi ne faranno fede.

Si è invocata l'ematuria; ma sovente questa manifestazione manca, e non esiste nulla a carico dell'esame dell'urina, sebbene il Leotta insista su di un reperto trovato con costanza in due casi di ipernefromi nel sedimento urinario: la presenza di grosse cellule a forma pressochè ovalari, a nucleo piccolo e a protoplasma chiaro. Ma a tale reperto può essere attirata la nostra attenzione allorchè vi sono fondati motivi per poter sospettare un tumore renale.

Talora è un senso di peso, oppure un dolore localizzato nella loggia renale; talora un ingrossamento del rene il quale di per sè impone la diagnosi di natura, e la necessità di un'operazione demolitiva del tumore renale. Ed in questi ultimi casi, solo dopo l'asportazione del tumore ed il suo esame istologico, si è potuto stabilire la diagnosi di ipernefroma.

CASO I. — T. Fedele, di anni 58, da Roma.

Anamnesi familiare: padre e madre morti per tubercolosi polmonare.

Anamnesi personale: il p. a 16 anni ebbe difterite, a 25 anni contrasse malaria.

Dopo questa malattia è stato sempre bene; però spesso andava soggetto a dolori fugaci che si manifestavano o alla regione precordiale, o alla regione lombare, ma a cui il p. non dava nessuna grande importanza. Aveva facili bronchiti nella stagione invernale. Non ebbe mai a soffrire di lues, nè di altre affezioni veneree; è un discreto fumatore e bevitore.

Un anno fa cominciò ad accusare i primi disturbi, consistenti in perdita di appetito, e delle forze; ad aver vomito ed altri disturbi vari a carico dell'apparato digerente. Il vomito compariva circa 10 minuti dopo i pasti, mai a digiuno, e conteneva i cibi ingeriti nel pasto precedente; mai il cibo preso uno o due giorni prima. Il vomito non si accompagnava a dolore; era costituito di sostanza liquida, talora solida; talora alla fine del vomito emetteva del liquido di colore giallastro.

Cominciò ad avvertire in seguito disgusto per alcuni cibi: carne, vino. Una volta ebbe emoftoe, in seguito ad un colpo di tosse. Mai sangue nel vomito, mai melena.

Il dimagramento si è accentuato notevolmente, tanto che il p. dice di aver perduto in un anno circa 20 chili.

Entra in clinica il 19 settembre 1923. È in condizioni depresse, gravi, ed ha perdita di urina.

Esame obiettivo: costituzione generale fortemente scaduta, con scarsissimo pannicolo adiposo. Cianosi spiccata dei pomelli, con reticolo venoso appariscente, cianosi dei prolabi, delle mani, delle unghie.

Masse muscolari scarse.

Apparato respiratorio e circolatorio: negativo.

All'esame dell'addome, sia con la palpazione superficiale, sia con quella profonda, si provoca un dolore in corrispondenza della regione epigastrica. Leggero meteorismo, non dolori in altri punti, non tumefazioni evidenti.

Il fegato è normale, la milza è nei limiti.

L'esame del sangue è normale; così pure l'esame dell'urina, nella quale non vi è alcun elemento patologico. Il sedimento stesso dà un reperto normale, con scarsi urati amorfi, leucociti, e cellule delle basse vie urinarie.

La reazione di Wassermann è negativa.

Le condizioni si sono aggravate sempre più. Il p. in 15 giorni di degenza ha perduto kg. 4,500 di peso; la febbre si è mantenuta costante tra 37,2-38,1 e il 28 ottobre si è avuto il decesso.

Una prima radiografia praticata il 20 settembre dava: stomaco ectasico, completamente destroposto, non spostabile, specie il tratto piloro-duodenale. Al piloro segue un tratto quasi tubulare, fissato al disotto del fegato, attraverso cui si riesce a scorgere tuttavia il passaggio del bario nel duodeno.

Una seconda radiografia praticata il 27 settembre dava: stomaco ectasico con piloro destroposto, poco spostabile. Peristalsi lenta, ma profonda, con la regione superiore in persistenza livellata. Il pasto di bario si sofferma a lungo in corrispondenza del bulbo duodenale, che è dolente.

Una terza radiografia praticata il 9 ottobre dava i medesimi caratteri, ma con stomaco parzialmente spostabile. Peristalsi lobante, vuotamento pressochè continuo attraverso il piloro che si forma regolarmente. Il tratto deforme corrisponde alla parte più esterna e superiore del piloro, giacchè il bulbo duodenale si riesce a vedere nettamente grande e ripieno in permanenza. Con la pressione manuale si ha l'impressione di uno zaffo superiore e di una mozzatura nella parte inferiore dell'antro. Vuotamento rapido, più rapido che non comporti la peristalsi, la quale arriva tuttavia fino al piloro.

Esame del succo gastrico, dopo il pasto di prova: rosso Congo neg., acido cloridrico libero: assente; acidità totale: 0,4 %; acido lattico, Gunzburg, sangue: assente.

L'autopsia ha fatto notare:

Cranio: edema cerebrale.

Torace: si trova poco liquido nel torace. A carico del polmone D. si nota che il lobo superiore è aumentato di volume, con colorito grigio-roseo; il lobo inferiore ha invece un colorito rosso-vinoso. Alla palpazione si percepisce una massa dura, della grandezza di un uovo di colombo, nel lobo inferiore. Alla sezione di taglio si trova un grosso nodulo, ben delimitato dal parenchima polmonare circostante, di forma irregolarmente circolare, di colorito grigio, con zone giallastre, di aspetto lobato. Nelle restanti porzioni del lobo inferiore si hanno i segni d'una ipostasi. Nel lobo superiore invece si ha un enfisema vicario, e lieve edema. Nel polmone S. si riscontrano i medesimi caratteri, soltanto la massa dura è alquanto più piccola.

Cuore: poco liquido limpido, citrino nel pericardio. In corrispondenza della parete posteriore del ventricolo S. si nota la presenza di un piccolo nodulo della grandezza di un cece, che traspare al disotto dell'endocardio, d'un colorito bianco-grigiastro. Alla sezione di taglio, praticata in modo da interessare detta formazione, essa appare ben delimitata, e presenta un aspetto lobato, di colorito grigiastro, e di forma irregolarmente circolare.

Addome: nulla a carico dello stomaco, dell'intestino, del retto. Il fegato è un po' ingrandito, senza speciali caratteri. La milza è aumentata di volume, aderente al diaframma per perisplenite, di colorito rosso-vinoso.

Il rene D. è notevolmente aumentato di volume. La superfice esterna si presenta lobata nei 2/3 superiori. Alla sezione di taglio il parenchima renale per più dei 2/3 appare sostituito da una massa neoplastica d'un colorito grigio-giallastra, che misura cm. 8 in senso longitudinale, e cm. 7 in senso trasversale.

Qua e là, in mezzo alla massa del tumore, si notano zone necrotiche di colorito cretaceo. La capsula surrenale di questo lato non presenta alterazioni di sorta. Non si nota nulla a carico del rene S., e corrispondente capsula surrenale.

L'esame microscopico d'un pezzo di tumore renale ha dato il seguente reperto: uno stroma che delimita i vasi e s'insinua tra le cellule che costituiscono la massa del neoplasma. Questo stroma è costituito d'una sostanza sottile, trasparente, che si diffonde in alcuni punti a mo' di rete sottilissima, la quale, ove le cellule sono rade delimita degli spazi vuoti, alveolari, mentre in prossimità dei vasi esso diventa più spesso, e presenta delle pigmentazioni basofile nucleari, a forma allungata, e a tessuto più chiaro nel centro, finemente punteggiate da sottili granuli, riuniti da esilissimi filamenti. Talora però lo stroma assume l'aspetto fibroso, con fibre lunghe, le quali dividono le cellule, insinuandosi fra esse, e che presentano nella loro compagine, lungo il loro decorso, degli spazi formati dall'allontanamento delle fibre.

Dall'ammasso centrale, che si potrebbe rassomigliare a un tronco, si dipartono delle fibre, le quali diventano sempre più sottili, man mano che s'insinuano nelle cellule, fino a ridursi ad uno strato endoteliale nei pressi dei vasi.

La disposizione delle cellule non è uniforme, ma triplice. Nei pressi dei vasi esse assumono la disposizione raggiata, e circondano allora lo stroma del vaso; sono bene evidenti, e conservano una netta divisione tra loro. Nei pressi invece dello stroma, ove questo ha l'aspetto fibroso, esse hanno disposizione fascicolare, sovrapposte una sull'altra per lunghi tratti, ed anche qui bene evidenti fra loro.

Una terza disposizione, che si nota in altre zone, non ha una forma netta, perchè le cellule sono disposte atipicamente, in modo confuso senza conservare neppure una netta divisione fra cellula e cellula, in modo da riuscire difficile la loro differenziazione.

Nelle zone ove le cellule assumono una forma regolare di disposizione, cioè nella prima e seconda forma, esse sono ben divise, ed allora hanno la forma talora circolare, talora rettangolare, talora poliedrica. In ognuna però di esse appaiono bene evidenti il protoplasma ed il nucleo.

Il protoplasma in queste cellule ha diversi caratteri: in alcune uniforme, e contiene nel mezzo il nucleo, in altre però l'uniformità del citoplasma presenta una piccola zona che circonda il nucleo di colore più chiaro, e che è riunita al nucleo mercè un sottile reticolo che delimita dei piccoli vacuoli. In altre cellule invece il protopla-

sma è tutto composto di un fine reticolo, con sottili e delicate granulazioni, sparse tra i vacuoli della rete, in maniera da dare l'aspetto d'una spugna, e formare quelle cellule che dal Gujesse furono chiamate sponciociti. In alcune cellule, ove il nucleo manca, il protoplasma assume l'aspetto d'un merletto, ed è regolarmente disposto a reticolo. Talora una parte del protoplasma è uniforme e più intensamente colorata, mentre una porzione a forma circolare si presenta più chiara, e attraversata dal reticolo, il quale ha un punto centrale più spesso, da cui si dipartono i fili sottilissimi a disposizione raggiata.

Il nucleo di queste cellule può essere unico, doppio o mancare del tutto.

Quando è unico, è per lo più centrale, ma si può anche trovare eccentrico; ha una forma circolare, a margini netti; ma si osservano anche nuclei a forma renale, e alcuni a margini sfrangiati. Essi presentano un nucleo che è centrale, è uniforme, ed è talora circondato da un alone più chiaro, a cui segue una zona eccentrica, limitante il nucleo, più intensamente colorata coi colori basici, la quale presenta delle sottili granulazioni. Più sovente invece il resto del nucleo è uniforme, ed allora intorno al nucleo fino alla periferia, si scorgono delle eleganti granulazioni, piccole, le quali formano come un reticolo. In qualche cellula il nucleo ha evidenti caratteri di cariocinesi: talora si può osservare che un'unica membrana nucleare racchiude due nuclei avvicinati, ma ben distinti, e già formati. Nelle cellule a doppio nucleo, uno è sempre più sbiadito dell'altro.

Questa forma e disposizione surrenale si osserva ove il tessuto ha conservato la sua regolare proliferazione. Non così avviene nella terza zona, ove la classificazione è impossibile a farla. Quivi le cellule sono ammassate, disposte irregolarmente; hanno una forma indistinta, talora triangolare, talora — ed è la forma che predomina — fusiforme. Quest'ultime cellule si spingono dappertutto, se ne trovano lungo il decorso dello stroma, e frammiste a questo, se ne trovano in prossimità dei vasi, e talora qualcuna nell'interno del vaso. Hanno un protoplasma uniforme, piccolo, a forma allungata, il quale nel mezzo presenta un nucleo, a caratteri pressochè identici a quelli descritti, ma a forma allungata, in modo che tutto l'aspetto della cellula si può avvicinare a quelle proliferazioni fusocellulari dei neoplasmi connettivali. E mentre nelle altre zone le cellule sono rade, ben conservate, qui invece tutto è confuso, stipato, ed il preparato ha l'immagine di un campo disseminato di nuclei più o meno allungati.

V'è in alcuni tratti una zona omogenea, a colore uniforme, la quale presenta qua e là degli spazi circolari brillanti, a protoplasma trasparente, e che circonda un nucleo unico, ben colorabile, che talora assume la colorazione fuxinofila.

In conclusione dall'osservazione microscopica del preparato noi abbiamo l'esatta percezione di trovarci da un lato di fronte a tessuto di natura e carattere surrenale, dall'altro di fronte ad una proliferazione atipica la quale riproduce troppo da vicino i caratteri delle cellule neoplastiche.

L'esame istologico delle due metastasi polmonari e cardiaca, in massima presentano i medesimi caratteri strutturali. In queste però prevale lo stroma, il quale è più abbondante, più stipato, ed ha nella sua compagine molti corpi basofili. Le cellule non sono ben individualizzate in molti punti, ma il protoplasma, come il nucleo, che talora si osserva in numero di 4 in una cellula, hanno la medesima struttura. Quello però che risalta in questi preparati è l'atipia della proliferazione cellulare; l'ordine è affatto conservato; le cellule hanno poco protoplasma allungato.

La considerazione della storia del p. non ci illumina gran che sul suo passato. Noi non troviamo che una malaria, che guarì completamente, senza più ripresentarsi, ed a 24 anni dei dolori fugaci alla regione precordiale ed ai lombi. Questi dolori, che forse dovevano essere attribuiti alla lesione della capsula surrenale, non potevano richiamare l'attenzione del sanitario, per essere considerati come esponente d'una affezione organica.

Quello che attira la nostra attenzione dall'inizio della sua vera malattia, è il notevole dimagramento a cui il p. va soggetto, tanto da perdere molti chili in breve tempo. Insieme a questo fatto si osservano dei disturbi a carico dell'apparato digerente: vago senso di malessere dopo i pasti, e vomito, che talora conteneva dei cibi ingeriti il giorno innanzi. Questa sintomatologia, benchè incompleta, indirizzava la diagnosi verso un'affezione a carico dello stomaco, e propriamente a carico del piloro. Si doveva ammettere per spiegare il vomito tardivo una stenosi pilorica, la quale impedisse al cibo di passare nel duodeno.

Ma non v'era stato nulla in antecedenza che potesse far supporre che vi fosse stata un'ulcera iuxta-pilorica; e pur ammettendo una di quelle forme silenziose di queste ulcere, certo qualche piccolo disturbo il p. l'avrebbe avvertito prima dell'attuale malattia.

Inoltre v'era un rapido decadimento delle forze, il quale raramente si osserva nelle ulcere senza emorragia, o come postumi di ulcere. Esclusa così una probabile, antica ulcera, da cui potesse esserne residuata una stenosi pilorica, con i relativi disturbi di passaggio del cibo, bisognava volgere l'attenzione verso un neoplasma gastrico. Ed invero per questa diagnosi deponevano i sintomi subbiettivi e quelli clinici: il dolore dopo i pasti, il vomito dei cibi ingeriti, il decadimento rapido potevano essere considerati come elementi per una tale diagnosi. Però accanto a questi sintomi gravi, non s'era mai notato nè sangue nel vomito, nè melena. Però contro questa diagnosi v'era il reperto del succo gastrico, e finanche l'assenza del sangue tendeva ad escludere ogni alterazione organica dello stomaco e del piloro. V'era anche di più: assenza di acido cloridrico, e ciò poteva in certo modo confermare l'opinione di neoplasma gastrico.

Da questi fatti in parte contraddittori, non si poteva affermare la presenza d'un neoplasma senza l'aiuto dei raggi. Ma le tre radiografie in serie dicevano poco; la prima metteva in evidenza una destroposizione ed una fissazione piloro-duodenale, livellamento del piloro con peristalsi però attiva. Non v'era quindi nulla di positivo per poter dedurne un'alterazione organica a carico del piloro. La seconda radiografia confermava la fissazione del tratto piloro-duodenale con la deformazione duodenale; la terza aveva forse qualche carattere di più per far sospettare che la deformazione pilorica e la fissazione duodenale fosse dovuta alla presenza d'un tumore.

Di fronte ad un caso così complesso, non v'era da pensare ad altra forma morbosa che non fosse un neoplasma piloro-duodenale, sebbene i dati degli esami radioscopici e del succo gastrico non deponessero per una reale alterazione organica dell'apparato digerente. L'autopsia infatti non ha trovato **nulla di anormale** a carico dello stomaco. S'è riscontrato invece un tumore del rene D. il quale al taglio macroscopico si presentava come un tumore riproducente un tessuto corticale di capsula surrenale. S'è inoltre trovata una metastasi di tale neoplasma nei lobi inferiori dei due polmoni, ed un nodulo nella parete posteriore del ventricolo sinistro. Tali metastasi macroscopicamente avevano la medesima apparenza del tumore renale; microscopicamente s'è potuto confermare la struttura dei noduli derivanti dalle capsule surrenali, delle quali riproducono esattamente la natura.

***

Nel considerare la storia clinica in rapporto all'esame necroscopico noi troviamo che il p. aveva avuto dei fugaci dolori a sede lombare e precordiale. Questi dolori, che erano antichi, ma che pure essendo transitori e di mediocre intensità, avevano richiamato l'attenzione del p. non potevano avere un gran valore per la clinica, mentre con ogni probabilità essi erano legali alla neoplasia, la quale in primo tempo s'era sviluppata come un tumore benigno a forma surrenale, e come tale s'era trapiantata nel polmone e nel miocardio, non modificando la sua struttura per lungo tempo.

Di queste cellule aberranti di tessuto surrenale normale non è difficile trovarne in altri organi, senza che l'individuo ne possa avere disturbi di sorta.

In un dato momento sia per una diminuita resistenza organica del nostro p. se lo sviluppo dei neoplasmi si vuol far risalire ad una diminuita resistenza cellulare, sia anche per una ragione irritativa, che possa modificare la struttura proliferativa cellulare, se le neoplasie si vogliono attribuire ad una causa irritativa, da quelle cellule surrenali normali si sono sviluppate quelle cellule atipiche, a morfologia e struttura differente dalle cellule originarie, che hanno costituito il vero neoplasma con i caratteri comuni a questi tumori maligni, quale l'invadenza rapida, e la rapida cachessia, la quale è uopo intendere non come una forma invadente i tessuti organici, limitandone la loro funzione, ma come una forma tossica, rapida, dovuta alle sostanze speciali che dal tumore stesso e dalle sue metastasi erano elaborate. E quando questa attività distruttiva s'è stabilita nell'infermo, noi notiamo il suo rapido aggravarsi con il dimagramento, che si è reso notevole negli ultimi giorni.

Resta di non facile interpretazione la sintomatologia gastrica, presentata dal p. ad apparato digerente indenne; ma se si considera che tutte le funzioni organiche soggiacevano al profondo potere tossico elaborato dalle cellule del neoplasma, si può anche ammettere che quei disturbi di natura funzionale fossero legati ad una cachessia per intossicazione neoplastica.

CASO II. — C. Delia di anni 44, da Roma.

Anamnesi familiare: madre morta per apoplessia.

Anamnesi personale: la p. mestruò regolarmente a 15 anni. All'età di 24 anni si sposò con un uomo apparentemente sano; ebbe tre gravidanze con un aborto.

Nella prima età, e fino al gennaio 1924, la p. è stata sempre bene; non ha avuto affezioni degne di nota, sebbene si sottoponesse a lavoro faticoso per il suo mestiere di fornaia. È modica bevitrice.

Nel gennaio 1924 subì un forte trauma psichico, che si accompagnò ad accessi di lipotimia, afasia, obnubilazione; non perdita di coscienza.

Tale disturbo fu di breve durata, e pare lasciasse un senso di debolezza generale, e continue cefalee.

Alla stessa epoca la p. si accorse di una tumefazione sottomascellare d.: tale tumefazione era piccola, indolente, spostabile, e si accrebbe modicamente, tanto da raggiungere al momento d'ingresso in clinica la grandezza d'una noce.

Nel giugno 1924 la cefalea che si iniziò col trauma psichico divenne più intensa, con esacerbazioni serali. Alla fine dello stesso mese ebbe un attacco convulsivo, con senso di formicolio agli arti inferiori, afasia, diminuzioni del visus, cefalea notevole alla metà destra del capo. La coscienza si mantenne integra.

Dopo circa mezza ora da tale attacco la p. ritornò allo stato normale; restò semplicemente una diminuzione del visus in OS.

Simili accessi, con più o meno uguale intensità, si sono ripetuti soventi, in media due o tre volte ogni mese. Intanto la cefalea a tipo fronto-temporale si faceva più intensa, e la p. avvertiva un indebolimento dell'arto inferiore di D., tanto che in un mese non fu più possibile la stazione eretta, e la p. dovette restare a letto. In questo periodo non si ebbe mai vomito, nè febbre.

Nell'ottobre la diminuzione del visus si accentuò; comparve diplopia, ed infine amaurosi in OS.

A questi disturbi si aggiunse un dolore intenso al lato d. dell'addome, quadrante superiore e me-

dio, con propagazione all'epigastrio, alla spalla, e agli arti di D. Tale dolore si accrebbe progressivamente e veniva esacerbato dalla palpazione superficiale.

Per questo disturbo, a cui si aggiunse vomito, per la perdita di appetito, per la diminuzione del visus anche in OD., e perdurando gli accessi, talora con rigidità completa del corpo, la p. entra in clinica.

All'E. O. fu notato: lieve cianosi; una tumefazione alla regione sottomascellare D. della grandezza di una noce, dura, dolente, poco spostabile non aderente alla cute.

Il torace ed il cuore non presentavano nulla di anormale.

L'addome non presentava reticolo venoso, nè liquido libero; ma la palpazione, anche lieve, provocava notevole dolore su tutti i quadranti.

A carico del sistema nervoso si notava una facies inespressiva.

L'OS. era un po' deviato all'interno, e presentava una paralisi del retto esterno. Nei movimenti dei globi oculari si provocava nistagmo nella visione forzata orizzontale e verticale. Visibile anisocoria, con midriasi in OS. Il visus era abolito in OS.; in OD. restava solo la visione dell'ombra, senza la distinzione degli oggetti. I riflessi all'accomodazione e alla luce, presenti; il riflesso corneale pronto.

Lieve paresi del facciale S.; lieve paresi dell'ipoglosso D. La lingua protratta deviava leggermente a S.

La parola era lenta.

A carico, del collo si notava lieve rigidità nucale in tutti i movimenti.

Gli arti superiori sono normali; quegli inferiori invece presentano una netta diminuzione della forza, tanto che sollevati dal piano del letto, ricadono pesantemente. Flettendo l'arto sul bacino si provoca vivo dolore, e si incontra una marcata resistenza.

I riflessi rotulei ed achillei sono pronti e vivaci; assente invece i riflessi addominali. Non esiste Babinski, nè Oppenheim.

La palpazione della cute e del tessuto sottocutaneo provoca dolore; vi è una notevole iperestesia, localizzata sopratutto alla metà D. dell'addome. La pressione profonda è anche essa dolorosa; ma persistendo con la pressione, il dolore si esaurisce fino a scomparire.

La sensibilità dolorifica è ben conservata, anzi appare un po' aumentata. Non vi è alterazione della sensibilità termica.

La psiche è depressa, la coscienza un po' ottusa; la p. interrogata risponde a tempo, ma non si orienta per il luogo, e nel tempo.

In tali condizioni la p. è ricoverata; e durante la permanenza in clinica le ricerche fatte hanno dato i seguenti risultati: esame delle urine completamente negativo.

Esame del sangue: Hhl = 56; globuli rossi 3,040,000; globuli bianchi 11,000; valore globulare 0,86; formula: neutrofili 78, eosinofili 3, linfociti 18, moniciti 1.

La pressione al Riva-Rocci: Mx 90, Mn 70.

Esame ginecologico negativo.

Reazione di Wassermann: negativa; esame radioscopico dello stomaco: negativo; intradermoreazione con liquido cistico: negativo.

Esame oculare: papilla da stasi in OO., più accentuata in OD. Campo visivo con restringimento concentrico notevole. Visus 1/30 in OO.

Durante la degenza la p. il 5.11 ebbe senso di formicolio alla metà D. della faccia e del collo, con difficoltà della pronuncia. Ha avuto inoltre contrazioni cloniche del cucullare e dello sternocleido D., con deviazione del capo a D. La mano destra presenta estensione forzata delle dita, e tendenza alla flessione dall'avambraccio sul braccio. Tali manifestazioni sono durate pochi minuti, e sono scomparse improvvisamente.

Nei giorni seguenti la p. va soggetta a vomito schiumoso, a cefalee intense, con un dolore spontaneo alla metà D. dell'addome; modica epistassi.

La radiografia del cranio praticata il 9 febbraio ha mostrato una deiscenza della sutura fronto-parietale, in corrispondenza del sincipite, con ispessimento del tavolato e della sutura. Non esistono segni di aumentata pressione endocranica, se si eccettui una maggiore trasparenza della lamina quadrilatera. La radiografia della colonna vertebrale è negativa.

La puntura lombare praticata il 18 febbraio ha dato: liquido limpido, incolore a buona pressione. La Nonne è debolmente positiva; la Pandy è positivissima. La Weichbrodt è negativa.

Dopo la puntura la p. ha avuto conati di vomito, cefalea più intensa; non alterazione a carico del polso.

Il 19 la p. ha confusione mentale; risponde poco alle domande; non ha vomito, ma ha insistente cefalea alla metà D. Paresi del facciale inf. e sup. di S., lingua leggermente deviata a S.

Tale paresi si è accentuata nei giorni successivi, con dolore sempre più vivo al quadrante D. dell'addome.

Il 27 il sopore diventa più intenso; il capo è rivolto a D.; vi è ipotonia degli arti sup.; quelli inf. cascano pesantemente sul letto; quello di D. si mantiene in una costante abduzione con rotazione esterna. Rotulei assenti; achillei deboli. Ritensione di orina.

In tale condizione la p. decede.

All'autopsia è stato trovato:

Cranio: nessuna alterazione della dura madre. Le circonvoluzioni cerebrali dell'emisfero D. sono un po' appiattite. Al taglio alla Flechsig modificato, nel ventricolo laterale D. e nel plesso coroideo si nota una cisti grande quanto un cece, di color bianco giallastro.

Nel centro ovale di D. in corrispondenza della zona corrispondente all'ultima circonvoluzione parietale, nella parte bassa, si trova un nodulo grande quanto una nocciola, bianco-grigiastro, ricco di vasi sanguigni. Un altro nodulo più piccolo, del medesimo aspetto, si trova al terzo inferiore del talamo ottico.

Nulla al cervelletto, al torace, al cuore.

Addome: sulla superficie del fegato si notano due noduli biancastri, grandi quanto una nocciola. Uno dei tali noduli è ombellicato al centro; essi si approfondano nel parenchima. La superficie di taglio mostra segni di stasi terminale.

Una ghiandola mesenterica ed una periaortica sono notevolmente ingrossate.

Reni: lieve parenchimatosi.

Non fu praticato l'esame delle surrenali.

L'esame microscopico d'un nodulo cerebrale ha fatto notare:

Il taglio del nodulo del centro ovale ha mostrato delle cellule irregolarmente disposte, senza avere la tipica forma fascicolare o raggiata; a forma pressochè ovalari, mescolate a cellule al-

lungate. Queste cellule sono divise da uno stroma che è piuttosto scarso, di aspetto fibroso.

Le cellule presentano un protoplasma evanescente, il quale è tutto attraversato da un fine reticolo, con delicate granulazioni.

Nel centro di questo reticolo si osserva il nucleo, in genere unico; intensamente colorato, a forma e grandezza variabile, ma anche esso attraversato da fili delicati.

Taluni nuclei presentano delle zone chiare, meno colorate, e spesso si può mettere in evidenza una cariocinesi del nucleo. Nel centro di questo nucleo appare bene evidente il nucleolo.

In alcune cellule non si osservano nuclei; ed allora il protoplasma è più chiaro, più trasparente e lascia degli spazi vuoti nelle cellule.

Il nodulo del talamo ottico invece fa notare uno stroma il quale in certi punti è sottile, trasparente, in certe zone invece fibroso. Le cellule che seguono lo stroma fibroso sono irregolari, allungate, a nucleo unico anche esso di forma irregolare. Ma accanto a queste si può notare invece una zona in cui le cellule, più nette, a forma rotondeggiante, seguono la disposizione fascicolare. In queste parti il protoplasma, più differenziato, si presenta a fine reticolo, con nucleo unico, che ripete i medesimi caratteri già descritti.

Il nodulo del fegato presenta uno stroma sottile e trasparente, che contiene delle cellule rotondeggianti, a citoplasma trasparente e reticolato, in mezzo al quale si può osservare il nucleo con i soliti caratteri. Qui però si notano molte cellule senza nucleo vacuolate e circondate dallo stroma.

A questa zona a forma fascicolare segue quella con cellule a disposizione atipica, le quali sono sempre allungate, con un nucleo unico, intensamente colorate. Il protoplasma anche è uniforme.

Dalla considerazione della storia della p. noi possiamo ricavare scarse notizie sulla natura della sua affezione.

Non ha avuto malattie importanti fino al 1924, sebbene l'occupazione della p. potesse esporla a facile infermità.

Ci riferisce che nel gennaio dello stesso anno ebbe un forte trauma psichico, a cui la p. fa risalire l'inizio del suo male.

Ed infatti dopo quel tempo si iniziarono i disturbi a carico dell'apparato nervoso centrale, i quali, accentuandosi sempre più, costrinsero la p. al ricovero.

I fenomeni che caratterizzarono però l'inizio del suo disturbo sono lievi e transitori, per poter noi clinicamente pensare che proprio in quel periodo di tempo si sviluppasse un disturbo cerebrale tale da segnare l'origine d'un tumore cerebrale. Ed allora anche in questo caso, come nell'altro, noi dobbiamo pensare che forse il tumore già esisteva prima allo stato latente, oppure che il trauma avesse prodotto quella minorata capacità cellulare da permetterne lo sviluppo.

Accanto ai fenomeni caratteristici d'un tumore cerebrale, noi troviamo indicato dalla p. dei dolori al lato destro dell'addome, che cominciarono nell'ottobre ed aumentarono progressivamente.

Questo dolore, che era tanto intenso da impedire anche una superficiale palpazione, non si poteva riferire a nessun organo interno, perchè il fegato era nei limiti, e gli altri organi normali.

Tutte le ricerche cliniche furono negative.

Di fronte a questo caso non v'era da dubitare sulla diagnosi: la cefalea, gli attacchi convulsi, l'afasia, la diminuzione del visus con la diplopia, la papilla da stasi, la marcata diminuzione di forza degli arti inferiori specie quello di D., il vomito, tutti questi sintomi erano sufficienti per stabilire la diagnosi d'un tumore cerebrale.

Ciò però non deponeva per la natura del neoplasma; ed il reperto clinico stesso non ci forniva alcun elemento che ci autorizzasse a formulare la diagnosi d'ipernefroma metastatico.

L'assenza di ogni alterazione a carico dell'urina; l'assenza dell'ingrandimento del rene, di dolori alla regione lombare o renale, di ematuria, allontanavano il pensiero della localizzazione e dell'origine dalla capsula surrenale.

Solamente la rapida cachessia e i sintomi tossici presentati dalla p. facevano sospettare un tumore maligno, la cui natura sfuggiva, per i pochi elementi che esso forniva.

Sicchè dall'esame dei due casi riportati noi possiamo concludere:

1) gli ipernefromi sono, secondo il concetto del Grawitz, tumori delle capsule surrenali;

2) i sintomi presentati da infermi affetti d'ipernefromi sono quelli comuni a tutti i neoplasmi maligni, e perciò non è possibile per il clinico stabilire una diagnosi di natura in vita, fondandosi sui sintomi scarsi e talora del tutto assenti che questi neoplasmi presentano.

BIBLIOGRAFIA.

Riferisco le principali ed ultime pubblicazioni al riguardo:

ANGIONI. Tumori, fasc. IV, 1919.
AUGUSTEIN. Arch. Psych. Nervenck, Bd 63, 1921.
BARBACCI. Tumori, Vallardi, ed., 1915.
CIACCIO. Clin. Chir., n. 7, 1919.
CURTIS e POTEL. Journ. Urol., giugno 1921.
GAGSTATTER. Wien. Klin. Woch., n. 19, 1921
GORDON. Brit. med. journ., n. 3068, 1919.
HYMAN. Surg. Gynecol. Obstr., n. 3, 1921.
KAISER e FOULD. Journ. Urol., n. 6, 1922.
LEOTTA. Ann. R. Istit. Chir., Roma, vol. II, 1918
LOOST. Norsk. Magaz. Laegevideusk, n. 1, 1922.
MAC LEOD e JACOBS. Med. Record, 1921.
MOSTI. Rif. Med., n. 25, 1921.
PATERNI. Policlin., Sez. Med., n. 1, 1925.
PEPERE. Trattato di Anat. Pat., 1922.
PISIOCCHI. Tumori, fasc. II, 1921.
RIETTI. Tumori, fasc. III, 1924.
SENCERT. Soc. de Chir., mai, 1923.
STEVENS. Journ. Amer. Med. Ass., n. 3, 1923.
SYMMENS. Pathologica, 1919.
TIBERTI. Sperimentale, fasc. 5, 1905.
TIERRY. Münch. med. Woch., n. 21, 1921.
THOMPSON. Nebr. State Med. Journ., n. II, 1921
WRIGHT. Brit. Journ. Surg., n. 35, 1922.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA.

OSPEDALI RIUNITI DI S. GIMIGNANO

I mezzi per rendere più sicuro il funzionamento del neostoma nella gastroenterostomia e per maggiormente premunirsi contro il circolo vizioso.

Prof. dott. RENATO MOSTI, direttore chirurgo.

È noto che una delle più gravi complicazioni cui la gastroenterostomia può dar luogo è rappresentata dal così detto « circolo vizioso », il cui esito, qualora il chirurgo non provveda prontamente a rimuoverlo con un reintervento, è quasi sempre la morte, fatta eccezione dei casi favorevoli nei quali le gastrolusi ripetute portano a guarigione.

Stabilita un'anastomosi gastrodigiunale, la circolazione del contenuto gastro-intestinale può compiersi in modo difettoso per vari motivi:

1) perchè il contenuto dell'ansa duodenale refluisce nello stomaco attraverso il piloro;

2) perchè il medesimo refluisce nello stomaco attraverso il neopiloro;

3) perchè il contenuto dell'ansa efferente refluisce nello stomaco attraverso l'orificio anastomotico;

4) perchè il contenuto gastrico penetra nell'ansa efferente anzichè nell'efferente e per la via del duodeno refluisce nello stomaco attraverso il piloro.

Di queste quattro modalità la seconda e la quarta sono le più frequenti, di modo che può dirsi che quasi costantemente si ha il circolo vizioso quando il contenuto dell'ansa afferente si riversa nello stomaco attraverso il neopiloro invece che nell'ansa efferente, oppure quando il contenuto gastrico prende la via dell'ansa afferente invece di quella dell'ansa efferente.

Fra le cause che favoriscono il circolo vizioso quelle di natura meccanica tengono il primo posto. La principale è senza dubbio rappresentata dalla formazione del cosidetto *sperone* a livello della stomia. Questo sperone il più spesso si forma quando la parete intestinale opposta alla bocca anastomotica si invagina a guisa di sprone nell'orificio del neopiloro, ciò che accade per lo più quando i due segmenti dell'ansa digiunale anastomizzata si piegano e si addossano l'uno all'altro come le canne di un fucile; oppure, più raramente, è la parete gastrica che protunde nell'apertura dell'intestino, il che si verifica pure come nel caso precedente in seguito ad una imperfezione di tecnica, cioè ad un addossamento troppo esteso della parete gastrica ed intestinale, mentre lo sperone intestinale è dovuto ad un indossamento troppo breve ed insufficiente.

Altri fattori d'indole meccanica che possono dar luogo al circolo vizioso sono rappresentati: dalla formazione di aderenze che strozzano l'ansa efferente od ambedue nel punto di anastomosi, dallo strozzamento della stomia per effetto della retrazione cicatriziale del mescolon non suturato o suturato troppo a ridosso dell'anastomosi, da eccessiva atonia muscolare dello stomaco, secondo Mattoli, dalla torsione dell'ansa anastomizzata, dall'invaginamento totale di questa nell'apertura gastrica, dall'essere la stomia troppo elevata rispetto alla grande curvatura dello stomaco oppure dall'avere essa un'ampiezza non sufficiente od esagerata, da gomitatura dell'angolo duodenodigiunale, da edema infiammatorio del neostoma, da compressione del colon trasverso sull'ansa efferente, da strozzamenti interni di varia natura, ecc.

Oltre le cause meccaniche bisogna prendere in considerazione, nello studio della patogenesi del circolo vizioso, anche fattori di natura funzionale, quali principalmente la dilatazione acuta gastroduodenale e, secondo Blond, lo spasmo gastrico.

Infatti prendendo a considerare quali possono essere le conseguenze della localizzazione di una stomia gastro-intestinale praticata a livello della zona in cui si manifesta lo spasmo di uno stomaco a clessidra funzionale, si comprende facilmente che nello spasmo la bocca anastomotica si viene a chiudere perchè le due anse intestinali tratte in alto si addossano e si schiacciano l'una contro l'altra protundendo nel neostoma.

Questa ipotesi è avvalorata dal fatto che il quadro del circolo vizioso non si verifica quasi mai, secondo Blond, dopo l'applicazione di un bottone di Murphy, perchè lo spasmo non può vincere il peso di un bottone metallico. Per cui, secondo questo autore, il circolo vizioso deve essere considerato, almeno in molti casi, come un fenomeno di origine plastica.

Un'altra causa, alla quale in questi ultimi anni è stata attribuita una grande importanza nel determinismo del circolo vizioso, è data dalla pervietà del piloro.

La pratica ha ormai sicuramente dimostrato che quando il piloro conserva la sua completa pervietà, il circolo vizioso è più facile e più frequente a verificarsi; con quale meccanismo ciò avvenga, ancora non si può dire con precisione; ma l'attendibilità di questo fattore patogenetico è dimostrata dal fatto che la pratica dell'esclusione pilorica ha reso la complicazione del circolo vizioso assolutamente rara o addirittura eccezionale, quando, si capisce, non sussistano nell'esecuzione

dell'anastomosi gastro-intestinale altri difetti di tecnica operativa.

Da quanto precede scaturisce questa conclusione pratica: che, essendo il circolo vizioso nella maggior parte dei casi l'esponente di speciali condizioni meccaniche, esso può essere fortemente ridotto se non del tutto annullato quando la gastroenteroanastomosi venga eseguita con tutti quegli speciali accorgimenti tecnici che l'esperienza ha ormai dimostrato come i più adatti ad evitare il lamentato inconveniente.

È appunto sui mezzi operativi più idonei ad ovviare a quella terribile complicazione, che è il circolo vizioso, che ora voglio brevemente intrattenermi, basandomi specialmente su quanto la mia pratica chirurgica in materia mi ha insegnato.

Queste norme tecniche si riferiscono tanto alla sede della stomia gastro-intestinale quanto alla disposizione dell'ansa intestinale per rispetto allo stomaco.

I. *Sede dell'anastomosi gastrointestinale.*

Oggi la quasi totalità dei chirurghi alla gastroenterostomia anteriore, nella sua varia modalità, preferisce quella posteriore per la quale l'anastomosi fra intestino e stomaco, viene effettuata sulla parete posteriore di quest'ultimo.

Il metodo di gastro enterostomia posteriore più in uso è quello di v. Hacker; se io volessi descriverle tutte andrei troppo per le lunghe e farei cosa di scarsa utilità pratica. Mi piace invece soffermarmi su alcune importanti norme di tecnica che il chirurgo deve sempre aver presenti allorchè si accinge a praticare una gastroenterostomia posteriore, con qualunque metodo voglia eseguirla, perchè esse contribuiscono ad evitare il circolo vizioso ed a rendere perfetta la funzionalità del neostoma.

La stomia gastro digiunale deve anzitutto corrispondere alla parte più declive dello stomaco; quindi essa deve trovarsi il più vicino possibile alla grande curvatura. È ovvio infatti che quando l'anastomosi venga eseguita in un punto troppo elevato della parete posteriore, lo svuotamento gastrico, almeno nella stazione eretta, viene a risultare assai difettoso, e se il potere motorio dello stomaco non è sufficiente a spingere le ingesta verso il neostoma, non potrà essere evitato un ristagno più o meno abbondante dei cibi in quella parte della cavità gastrica che si trova al disotto dell'anastomosi.

Inoltre la stomia deve essere sufficientemente ma non esageratamente ampia, bene orlata di mucosa, allo scopo di evitare ulteriori restringimenti cicatriziali, e deve corrispondere non già al segmento antrale dello stomaco, ma al suo terzo medio circa e precisamente al *sinus*, perchè quivi, come hanno dimostrato anche le ricerche sperimentali, l'anastomosi è meglio funzionante.

V'è poi, secondo me, anche una ragione d'indole tecnica che deve fare preferire la gastrodigiunostomia sinusale a quella antrale, ed è la difficoltà e qualche volta la impossibilità che si incontra in prossimità del piloro, a mettere bene a nudo la parete gastrica per estrofletterne senza soverchio stiramento una porzione sufficiente ed atta ad un'ampia anastomosi.

Un altro accorgimento da non trascurarsi mai è quello di fissare con alcuni punti di sutura i margini della breccia praticata nel mesocolon trasverso sulla parete gastrica posteriore, ad una certa distanza dall'anastomosi, in modo da impedire che la sua retrazione cicatriziale porti secondariamente ad un restringimento del neostoma.

II. *Disposizioni dell'ansa digiunale.*

La prima questione è quella relativa alla direzione dell'ansa anastomotica; cioè essa deve essere disposta in senso isoperistaltico od antiperistaltico?

Il Williams Mayo specialmente si è fatto sostenitore della disposizione antiperistaltica dell'ansa digiunale. Egli parte dal principio che il primo tratto del digiuno si dirige normalmente da destra a sinistra; volendo fare l'anastomosi secondo il metodo isoperistaltico bisogna dare all'ansa una direzione da sinistra a destra, cioè invertire la disposizione anatomica; questa inversione anzichè impedire il circolo vizioso ne sarebbe, secondo Mayo, una condizione favorevole. Egli però lascia all'ansa la sua direzione senza curarsi dell'isoperistalsi.

Questo metodo, che è stato adottato anche da altri chirurghi, non ha trovato il consenso generale, perchè sembra che dia luogo invece assai più di frequente al circolo vizioso; per cui oggi la maggioranza dei chirurghi si attiene al metodo isoperistaltico perchè a questo è senza dubbio da riconoscere una maggiore sicurezza.

Stabilito che l'ansa anastomotica deve avere preferibilmente una direzione isoperistaltica, vediamo ora quale disposizione è più opportuno darle rispetto all'asse maggiore dello stomaco, alfine di rendere meno facile il circolo vizioso.

L'ansa del digiuno può disporsi sulla parete posteriore dello stomaco tanto in senso longitudinale quanto in senso verticale, od obliquo. Facendo l'anastomosi con l'ansa disposta in senso longitudinale, cioè parallela alla grande curvatura gastrica, è ovvio che si crea una condizione predisponente al circolo vizioso, perchè le inge-

sta, uscendo dallo stomaco attraverso il neostoma, hanno davanti a sè due vie aperte, quella dell'ansa afferente e quella dell'ansa efferente, disposte ad uguale livello. Può avvenire così con tutta facilità che esse imbocchino l'ansa afferente, in totalità od in parte, favorite in ciò da una eventuale eccessiva lunghezza dell'ansa stessa; il circolo vizioso viene in tal modo a stabilirsi. Quando invece l'ansa anastomotica venga disposta in senso verticale od obliquo, allora il circolo gastrointestinale deve necessariamente esplicarsi per la via dell'ansa efferente, perchè per penetrare in quella afferente le ingesta dovrebbero risalire e vincere così non solo la forza di gravità, ma anche i momenti peristaltici dell'ansa stessa diretti in senso inverso.

Oltre l'isoperistaltismo, quindi un'altra condizione sfavorevole al circolo vizioso è la direzione verticale dell'ansa anastomotica. In questi due punti l'accordo fra i chirurghi può dirsi quasi unanime.

***

Dove invece non esiste ancora un consenso completo, è sulla questione della lunghezza dell'ansa afferente, in quanto che di fronte a coloro che sostengono i metodi ad ansa cortissima stanno quelli che ritengono molto superiore l'ansa lunga. A me sembra che la questione sia più semplice di quanto può sembrare quando si ponga mente alle condizioni statiche e dinamiche dello stomaco sul quale si deve operare.

Premettiamo, per intenderci, alcuni dati di fisiologia. Lo stomaco, com'è noto, è un organo essenzialmente mobile, cioè è un organo che per esplicare la sua completa e complessa attività funzionale cioè per assolvere liberamente al suo ufficio chimico, digestivo e dinamico, ha bisogno della massima libertà di movimenti: e questa libertà gli viene assicurata dalla presenza di due cavità virtuali fra le quali esso si trova compreso, e nelle quali può muoversi con piena libertà: quella anteriore costituita della grande cavità peritoneale e quella posteriore formata della retrocavità degli epiploon.

Ora se si vuole che la funzione gastrica non subisca nessun perturbamento, anzi se si vuole che essa già patologicamente alterata ritorni il più che sia possibile vicina alla norma, è necessario che la gastroenteroanastomosi non menomi in alcun modo questa sua libertà di movimenti; in altre parole, dato il tipo di anastomosi oggi largamente adottato, è indispensabile che la parete gastrica posteriore non sia obbligata, per causa dell'atto operativo, a nessun elemento fisso parieto-addominale che ne riduca l'attività motoria.

Stando così le cose, ecco in quali termini io porrei e risolverei la questione suaccennata.

L'ansa digiunale afferente deve possedere una sufficiente lunghezza, di quindici-sedici centimetri, in quei casi nei quali la gastrectasia, sia essa di natura atomica o sia legata ad un restringimento anatomico del piloro, ha raggiunto un così alto grado da far logicamente presumere che anche dopo l'atto operativo, date le profonde alterazioni ormai subite dalla tunica muscolare dello stomaco, essa non potrà subire che delle mortificazioni di lieve momento; oppure quando la gastrectasia si associa a ptosi del viscere, in quella forma che va sotto il nome di gastro-ptosi-ectasia idiopatica, non essendo naturalmente riparabile la dislocazione dello stomaco in basso colla semplice anastomosi gastrointestinale.

È logico che se in queste contingenze morbose l'ansa afferente fosse molto corta, la parete gastrica posteriore obbligata per mezzo dell'ansa anastomotica al ligamento del Treitz ed al mesocolon trasverso, cioè a due elementi fissi posti ad un livello superiore rispetto alla grande curvatura dello stomaco, dovrebbe subire un sensibile stiramento verso l'alto ed essere fortemente trattenuta nei suoi movimenti, mentre la parete gastrica anteriore libera e dilatata come il resto del viscere tenderebbe a discendere verso il bacino ed a formare così una specie di bisaccia in fondo alla quale si raccoglierebbe il materiale alimentare di mano in mano che viene ingerito dando così luogo ad un ristagno con tutti i disturbi funzionali che l'accompagnano.

È per queste ragioni che si vedono molti gastroenterostomizzati sofferenti anche dopo l'operazione di disturbi gastrici non ostante che l'atto operativo sia stato eseguito tecnicamente in modo perfetto. Il loro studio radiologico infatti dimostra che pel neostoma si effettua uno svuotamento gastrico imperfetto, e questo ristagno non può logicamente essere riferito che alla eccessiva brevità dell'ansa afferente che attrae il neopiloro ad un livello molto superiore a quello del fondo dello stomaco dilatato.

Quando invece si ha a che fare, per essere l'intervento molto precoce, con una gastrectasia di modico grado e suscettibile di ridursi anche del tutto, allorchè cioè l'energia muscolare dello stomaco è tutt'ora in grado di raggiungere una completa *restitutio ad integrum*, è consigliabile di adottare dei metodi ad ansa corta, perchè questa, una volta che lo stomaco si sarà ristretto e che le sue dimensioni saranno ritornate normali, più difficilmente esporrà al ristagno ed al circolo vizioso.

In conclusione io credo che la quistione relativa alla maggiore o minore lunghezza dell'ansa

afferente non possa essere risolta con criteri univoci, ma debba essere in ogni caso subordinata alle condizioni gastriche e specialmente al grado della sua ectasia ed allo stato del suo potere motorio, elementi questi che potranno sempre essere ben valutati con l'esame chimico-radiologico e con l'osservazione diretta durante l'intervento.

Cade in acconcio che io ricordi qui, per incidenza, come lo Schiassi nei casi di gastro-ptosiectasia idiopatica alla gastro-enterostomia ad ansa corta associ la riduzione simmetrica del viscere mediante la gastroplicatio longitudinale anteriore e posteriore. Con questo metodo l'ansa afferente corta, pur contribuendo a fissare una porzione dello stomaco nella retro-cavità degli epiploon e quindi a compromettere in parte la mobilità dell'organo, può essere concessa senza che ne derivino gravi danni, perchè l'anastomosi viene a funzionare, mercè la plicatio, su di uno stomaco già ricondotto all'ampiezza normale.

Solo è da domandarsi con Bastianelli, se la gastroplicatio non rappresenti un tempo superfluo dell'operazione dal momento che la semplice gastro-enterostomia ad ansa afferente lunga 15-16 centimetri per la quale la parete posteriore dello stomaco viene a conservare la sua più ampia libertà di movimenti, corrisponde ugualmente allo scopo. Quando si pensi che la gastroplicatio deve necessariamente possedere un'azione perturbatrice sulle onde peristaltiche e che d'altra parte la gastro-enterostomia ben funzionante, tale cioè da permettere una funzione evacuativa gastrica completa e rapida, può di per sè sola mercè il ripristino della tonicità e della contrattilità muscolare, portare alla riduzione della capacità gastrica, riduzione altrimenti ottenuta con la gastroplicatio, non si può non ritenere quest'ultima veramente superflua.

Me ne fa convinto anche la mia esperienza in proposito. In questi ultimi mesi ho avuto occasione di operare nove casi di gastroptosiectasia idiopatica nei quali l'intervento si è limitato alla semplice gastroenterostomia posteriore transmesocolica ad ansa afferente lunga con occlusione del piloro. In tutti e nove i casi non solo è mancato qualsiasi disturbo da circolo vizioso, ma anche la funzionalità gastrica è tornata veramente perfetta e tale si mantiene anche a distanza di molto tempo. Questi risultati coincidono con quelli ottenuti da Bastianelli collo stesso procedimento operativo.

***

Ho detto che nei miei casi alla gastroentero stomia ho associato sempre la esclusione del piloro, servendomi dell'ottimo metodo del Parlavecchio.

Infatti, come dice giustamente Razzatoni, l'osservazione clinica ha ormai indubbiamente dimostrato che quando il piloro è pervio i risultati meccano-funzionali sono di gran lunga meno buoni di quanto suol verificarsi nei gastroenterostomizzati a piloro serrato e che è proprio in seguito alla gastroenterostomia a piloro pervio che si verificano colla maggiore frequenza e gravità quei perturbamenti meccanici che culminano nel circolo vizioso.

Ecco perchè in genere si deve ritenere colla maggior parte dei chirurghi moderni che per ottenere un quasi sicuro e perfetto funzionamento della stomia sia pratica lodevolissima quella che, a mezzo della esclusione, trasformi un piloro normale in un piloro artificialmente stenotico, ovvero anche lo sopprima del tutto, in guisa da identificare la funzione con quella dello stomaco gastroenterostomizzato per una stenosi pilorica serrata, i cui risultati meccano-funzionali sono quasi sempre ottimi.

Ho esposto così in modo succinto le direttive tecniche che il chirurgo deve avere presenti nell'eseguire una gastroenterostomia onde evitare quasi sicuramente il circolo vizioso e rendere perfetta la funzionalità dal neopiloro. E tutto ciò va riferito alla gastroenterostomia posteriore transmesocolica. È necessario però ricordare che sono stati ideati altri metodi per prevenire quella gravissima complicazione.

Non farò parola di metodi valvolari che non hanno corrisposto alla aspettativa e sono stati perciò del tutto abbandonati.

Accennerò invece al metodo ad Y di Roux che per quanto riguarda il circolo vizioso si mostra senza dubbio superiore a quello di v. Hacker. Ma i suoi lievi vantaggi nei riguardi del circolo vizioso sono senza dubbio annullati dai difetti che gli sono stati riconosciuti e che sono:

a) maggior durata dell'atto operativo;

b) formazione di un piloro poco ampio;

c) maggior pericolo di infezione del cavo-peritonale;

d) maggior difficoltà tecnica;

e) maggior pericolo di shock operatorio.

Anche la enteroanostomosi o digiuno-digiunostomia alla Braum come complemento dell'anastomosi gastrointestinale latero-laterale è un ottimo espediente per evitare il circolo vizioso; ma pure per la Braum possiamo ripetere gli stessi inconvenienti surricordati a proposito della Roux.

Per cui, per concludere, allo stato attuale della chirurgia gastrica l'operazione che oltre la semplicità della tecnica offre anche la sicurezza quasi

assoluta di evitare il circolo vizioso è la *gastro-enterostomia posteriore inferiore transmesocolica, con esclusione del piloro se pervio, ad ansa afferente corta quando è possibile, ed a sospensione verticale.*

COMMENTI.

Significato probabile delle linee di Francke nella tubercolosi polmonare.

Nel *Policlinico*, Sez. prat., anno XXXII, n. 50, leggo una nota del dott. Tito Costa sulla presenza delle linee di Francke quale contributo alla diagnosi della tubercolosi polmonare. Nel 1921, epoca in cui ero assistente del compianto prof. Zaniboni presso l'ospedale civile di Padova, avevo raccolto statistiche circa la presenza delle piccole ectasie venose, così bene descritte dal dottor Costa, che vanno sotto il nome di linee del Francke.

Mi spiace dover contraddire al collega Costa circa il loro valore diagnostico, perchè noi le riscontrammo in una percentuale, pressocchè uguale, tanto negli affetti da tubercolosi polmonare, quanto in individui sani od ammalati da tutt'altre forme.

Il valore che noi demmo a queste linee e che ci fu confortato dall'esperienza di *numerosissimi* casi fu questo: quasi la totalità degli emoftoici ci presentava queste caratteristiche ectasie. Quindi valore essenzialmente di prognosi.

Oppeano (Verona), dicembre 1925.

Dott. NICOLA RINALDI.

SUNTI E RASSEGNE.

PERITONEO.

La peritonite pneumococcica.

(*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1925, n. 7).

SINTOMI E TRATTAMENTO.

H. C. CAMERON. Si ritiene generalmente che la peritonite pneumococcica si riscontri soltanto nelle femmine. Secondo l'A. invece tale affermazione è troppo assoluta, in quanto che la malattia è stata da lui osservata due volte in ragazzi rispettivamente di 4 e di 6 anni; nei bambini piccolissimi, poi, la peritonite pneumococcica si trova con uguale frequenza nei maschi come nelle femmine. In una piccola parte di casi, il modo di inizio della malattia fa ritenere che il peritoneo sia stato raggiunto dall'estendersi del processo di una precedente enterite o colite; si osserva di fatto talvolta dapprima una lieve malattia con coliche e diarrea, che precede di pochi giorni il momento in cui l'inizio della peritonite è annunziato da grande esacerbazione dei dolori, alta temperatura, delirio, polso frequente e rigidità della parete addominale.

L'A. considera soltanto i casi primari, quelli cioè in cui non esiste altro focolaio pneumococcico, come pneumonite, endocardite, pericardite, ecc., e divide il decorso della malattia in tre stadi.

Stadio dell'inizio. Lo stabilirsi della peritonite è di solito subitaneo e definito; in poche ore, l'aspetto del bambino indica una malattia grave ed allarmante. In casi meno severi, si può avere il dubbio che si tratti di appendicite. La subitaneità dell'inizio potrebbe far sospettare una peritonite da perforazione, ma la rarità delle ulceri gastro-duodenali nel bambino rende poco probabile il sospetto. Sintoma costante e prominente dell'inizio è il delirio, che contrasta col contegno sveglio del bambino, conscio del grave dolore, nell'attacco di appendicite. Nella peritonite pneumococcica, si può avere lo stato di ebetudine e di confusione, una facies senza espressione, vultuosa, la voce monotona oppure un vero delirio attivo. Raramente si osserva l'herpes; la leucocitosi, abitualmente elevata negli stadi avanzati, è meno marcata all'inizio. Si hanno, di regola, dolore e dolorabilità addominale, diarrea e vomiti; assente o scarsa è la rigidità addominale. Il polso è frequente, il respiro polipnoico, la temperatura ad un'altezza tale che suggerisce una diagnosi diversa dall'appendicite.

Stadio della febbre pneumococcica. Nei casi che sopravvivono, al 4°-5° giorno si osserva un miglioramento dei sintomi, che coincide col versamento della linfa nella cavità peritoneale. Per 2-3 settimane, la temperatura può continuare alta, con dolore addominale intermittente e, talvolta con addome tumefatto. In passato, questi casi venivano confusi con la febbre tifoide. Nei casi tipici, dopo un periodo di piressia prolungata di varia durata, la curva tende a divenire remittente od intermittente, come nell'empiema, mentre la raccolta di pus nell'addome si fa evidente.

Stadio della raccolta di pus nel peritoneo. Il pus può essere libero nella cavità peritoneale; talvolta la raccolta è sottodiaframmatica, ma più spesso si ha nelle parti basse dell'addome. In questo stadio non è difficile la confusione con la peritonite tubercolare e la prognosi è buona. Il pus ha tendenza alla evacuazione spontanea; in qualche caso si svuota nell'intestino od anche nella vescica, ma di solito trova la via d'uscita per l'ombelico. Poco a poco la cicatrice ombelicale diventa fissa e la pelle circostante si fa rossa ed infiltrata; talvolta, invece, il pus fuoriesce improvvisamente quando meno lo si aspetta; magari durante la notte.

Tali sono i sintomi principali; però sono frequenti i casi atipici.

Trattamento. Non si possono dare regole fisse, specialmente in riguardo alla questione se sia meglio procedere allo svuotamento precoce del pus. Sta di fatto che assai spesso l'infezione è fatale in pochi giorni ed il bambino è come sopraffatto dallo « shock » dell'inizio; invece, quando il pus si è raccolto nel peritoneo, la guarigione dopo l'evacuazione è la regola. Si può prospettare il problema se l'intervento precoce abbia un effetto favorevole sul decorso; a quanto sembra, ciò non si verifica e l'operazione iniziale non ha tolto la necessità di un secondo intervento nello stadio quiescente. Il tempo migliore per intervenire chirurgicamente è quello in cui il processo pneumococcico è spento e si osservano segni di localizzazione addominale. Fino a tale periodo, si prescriverà il riposo, il ghiaccio sull'addome, gli oppiacei, purchè la diagnosi sia sicura, poichè, se vi è anche il solo sospetto di appendicite, meglio intervenire subito per non correre il rischio di lasciare a sè un'appendicite gangrenosa.

G. E. WAUGH. La peritonite pneumococcica è caratterizzata dal fatto che gli ordinari sintomi e segni di infiammazione del peritoneo sono assenti; poche ore dopo l'inizio della crisi acuta addominale, non vi è più dolore addominale, rigidità reflessa, od immobilità della parete. Se se ne eccettua il vomito iniziale e poche scariche diarroiche, la funzione del tratto alimentare non è disturbata ed il paziente, se la febbre glielo consente, può anche prendere e trattenere regolarmente il cibo. Soli segni di un'infiammazione persistente sono l'elevata temperatura e la frequenza del polso, segni, del resto, che non hanno nessun valore per determinare l'eziologia e la localizzazione della lesione. Tutto questo è una caratteristica del pneumococco che, in qualunque parte del corpo si localizzi non determina mai segni locali rilevanti. Col progredire della malattia, però, si hanno dei segni positivi, con il presentarsi di una tumefazione addominale, dovuta, non già a distensione degli intestini, ma al versamento del pus pneumococcico, verdognolo e non irritante.

La diagnosi con la peritonite tubercolare acuta si fa tenendo presente che in questa si hanno i segni di una peritonite diffusa e mancano quelli di tossiemia, mentre nella forma pneumococcica, si osserva una progressiva tossiemia con l'assenza di ogni segno di peritonite.

Il trattamento segue la diagnosi, specialmente nei casi del terzo stadio. In quello d'invasione ed in quello intermedio, il trattamento può anche essere del tutto negativo, in quanto che la diagnosi spesso non si fa; ciò è dimostrato dall'osservazione di casi di ascessi addominali incistati da pneumococco, che si presentano parecchi mesi dopo la malattia acuta.

Nello stadio d'invasione il trattamento è dominato dalla possibilità che si tratti di appendicite. L'A. ha operato un caso in cui i sintomi datavano da sole otto ore ed ha trovato già del liquido nella cavità addominale, con le anse intestinali arrossate; in questi casi, se l'appendice è pure coinvolta nell'infiammazione generale, l'A. la asporta, lasciando poi un tubo di drenaggio per 48 ore. Con questo metodo, il paziente, già al terzo giorno, sta bene e la malattia è vinta.

Nello stadio intermedio, quando la tumefazione ben trattabile dell'addome costituisce una caratteristica della malattia, le indicazioni dell'intervento sono date dal grado di tossiemia e dalla tendenza all'aumento, tenendo conto della tendenza della malattia ad una improvvisa terminazione favorevole. Una delle indicazioni per l'intervento è data dalla frequenza del polso.

Queste osservazioni sono applicabili soltanto ai casi in cui la peritonite è la sola localizzazione del pneumococco, oppure è associata a lesione toracica a decorso benigno. La sinistra reputazione creata alla peritonite pneumococcica è probabilmente dovuta alla confusione con la setticemia pneumococcica in cui l'infezione del peritoneo è soltanto un incidente.

BATTERIOLOGIA E PATOGENESI.

D. NABARRO. L'uomo è solo parzialmente suscettibile al pneumococco che determina in esso soltanto delle lesioni localizzate e non già la setticemia come accade, per esempio, per il coniglio. La localizzazione più frequente nell'uomo è la polmonite; nel bambino, che è più suscettibile, oltre alla pneumonite, si ha anche l'infezione delle sierose, come la pleura, il pericardio, le meningi ed il peritoneo.

L'infezione primaria del peritoneo non è frequente, sicchè non è facile per un solo osservatore di poter studiarne numerosi casi. Secondo l'A. essa si osserva soltanto nelle bambine, ciò che è importante per stabilire la porta d'ingresso del germe.

Mc Cartney e Fraser che hanno studiato dieci casi della malattia hanno potuto isolare il pneumococco, non solo dalla cavità addominale, ma anche dalla vagina, dal sangue del cuore. Essi hanno identificato il germe per la solubilità nella bile, per la capacità di fermentare l'insulina e per il comportamento con i sieri dell'Istituto Rockefeller. In otto casi isolarono il tipo I, in due il II.

Invece l'A., nei 13 casi studiati isolò bensì sempre un cocco simile morfologicamente al pneumococco, ma che forse non era sempre un vero pneumococco. È un fatto che certe razze di streptococchi fecali (Str. faecalis, enterococco) per la morfologia e per l'azione sugli zuccheri hanno grande rassomiglianza col pneumococco e possono anche negli strisci mostrare la capsula. Gli enterococchi si differenziano specialmente perchè non sono solubili in bile, sono poco o punto patogeni per il topo e sono abbastanza resistenti al calore (almeno 30 minuti a 60°).

Appare, in complesso, probabile che molti dei casi ritenuti come peritonite da pneumococco, siano invece dovuti all'enterococco.

Sia l'uno che l'altro germe raggiungerebbe il peritoneo dalla vagina. Ciò sarebbe dimostrato dai seguenti fatti: 1) la malattia si osserva abitualmente nelle bambine dai 3 ai 7 anni; 2) a differenza della pneumonite, essa si manifesta particolarmente nei mesi estivi, quando è più facile che le bambine si siedano per terra e non portano mutandine; 3) le bambine appartengono alle classi più povere, che ne curano poco la pulizia, sicchè le parti perineali sono abitualmente sporche; si ha così facile sviluppo di vulvovaginite, condizione per la quale la secrezione vaginale, invece di calda, diventa neutra o alcalina; 4) dalla secrezione vaginale di queste bambine, si sono isolati dei pneumococchi virulenti; 5) la malattia si manifesta improvvisamente ed il primo sintoma è il dolore sottombelicale; 6) alla laparotomia, si vede che la malattia ha inizio nelle pelvi e, nei casi iniziali, è limitata alla porzione bassa dell'addome. Anche gli argomenti batteriologici sono a sostegno di questa ipotesi e cioè: 1) in tutti i casi esaminati, si sono isolati dalla vagina dei pneumococchi dello stesso tipo di quelli che avevano provocato la peritonite; 2) all'autopsia la peritonite era la sola lesione riscontrabile; 3) la malattia è stata riprodotta in giovani scimmie, inoculando dei pneumococchi dopo avere reso la cavità vaginale alcalina con soluzione diluita di carbonato di sodio; l'organismo risalì per il tratto genitale e non diede alcun sintoma fino a che non ebbe raggiunto la cavità peritoneale.

Le altre vie per cui il pneumococco può raggiungere il peritoneo sono quelle della corrente sanguigna e dell'intestino. Contro la prima si osserva anzitutto che la peritonite è una complicazione rara della pneumonite, sebbene in questa si possa dimostrare la esistenza di pneumococchi nel sangue; inoltre l'origine ematogena non spiegherebbe il perchè la malattia abbia inizio nella regione pelvica nè perchè si osservi soltanto nelle bambine. In parte, tali fatti depongono anche contro l'origine intestinale.

Si ritiene da taluno che, oltre alle forme gravi di peritonite pneumococcica, ve ne siano di quelle lievi, che guariscono dopo una breve malattia, con vomiti e dolore addominale. Evidentemente la dimostrazione non potrebbe aversi che con la diagnosi batteriologica. In tali casi, l'A. ritiene che si tratti di infezione da enterococco e basa queste sue vedute sul fatto che avendo esaminato le secrezioni in parecchie centinaia di vulvovaginiti ha trovato che in un quarto dei casi si aveva il gonococco, in pochissimi un bacillo difteroide e nella maggior parte dei germi intestinali, specialmente il B. coli e degli streptococchi a catene brevi, gram-resistenti. Appare quindi probabile che l'enterococco abbia una grande importanza nello sviluppo di queste peritoniti.

FILIPPINI.

La peritonite da pneumococco.

(HAGEDORN. *Bruns Beiträge z. Klin. Chir.*, 134 Bd., H. 3, 1925).

Diversi casi di peritonite da pneumococco osservati ed ultimamente uno in una bambina di 7 anni, accertato clinicamente e culturalmente guarito mediante l'operazione, danno l'occasione all'A. di fare una pubblicazione. La peritonite da pneumococco è specialmente frequente nelle donne per cui il sesso può rientrare nell'etiologia.

Secondo Klose la malattia proverrebbe dai polmoni per la via sanguigna o per quella intestinale, per Könnicke dalla bocca e faringe il germe penetrerebbe nella via sanguigna. La predilezione del sesso femminile è riscontrata da tutti gli autori ma non dimostrata. La sorgente per lo più risiede nei polmoni o nella pleura, raramente nel pericardio.

Schmidt in una epidemia ha messo in evidenza una serie di localizzazioni pneumococciche nelle ossa, articolazioni senza localizzazione primitiva nei polmoni.

Nelle prime 24 ore si ha scarso essudato con scarsa iniezione dell'intestino, poi si ha una più o meno grande produzione di fibrina che si raccoglie specialmente nella 2ª e 3ª settimana nel piccolo bacino. Può aversi la forma localizzata e quella diffusa. Il quadro clinico è di una infiammazione acuta con temperatura alta e quando non esistono segni polmonari si hanno i sintomi di una perforazione acuta o di un'infiammazione acuta del cieco. Sembra tipico un rapporto con uno spiccato tenesmo. Le feci sono puzzolenti, di colore verde-scuro, con sangue e muco. Oltre la febbre si possono avere sintomi cerebrali, erpete, meteorismo, aumento di leucociti. Il polso è alle volte molto frequente, ma non come nelle perforazioni. Lo stadio intermedio è caratterizzato dalla remissione di tutti i sintomi con la delimitazione e formazione di un ascesso che se non viene vuotato chirurgicamente può vuotarsi attraverso l'intestino, la parete, il Douglas, ecc. La forma di peritonite diffusa non può distinguersi da altre specie di peritoniti diffuse.

La forma incapsulata può decorrere nei primi due giorni come un'appendicite, ma gioverà il ricercare le alterazioni toraciche ed ancora la diarrea e il tenesmo. Le ricerche microscopiche, la cultura in brodo o in siero-brodo tolgono gli ultimi dubbi.

Per la diagnosi differenziale per lo più da principio si pensa ad un'appendicite, ma è meno improvvisa, è accompagnata da diarrea. I segni obbiettivi (meteorismo, dolore alla pressione, difesa muscolare, tumefazione fluttuante) hanno uno stadio di preparazione più lungo. Contro il tifo parlano i dolori considerevoli, il vomito, la mancanza di leucopenia, contro la tubercolosi l'inizio acuto, il risultato batteriologico.

L'infiammazione acuta gastro-intestinale e la peritonite gonococcica somigliano molto alla peritonite da pneumococco ma nella gastro enterite i dolori sono a crisi coliche, non si ha aumento dei leucociti.

La terapia è chirurgica secondo il vecchio motto: *ubi pus, ibi evacua.* Molti casi sono stati operati come infiammazione dell'appendice e solo dopo di aver trovato mancanza di lesioni appendicolari con le note di una sierosite si è pensato alla diagnosi esatta.

La prognosi è in generale buona nelle forme incapsulate, cattiva in quelle diffuse che non operate conducono tutte a morte. La condotta operatoria nelle forme diffuse è uguale a quella di tutte le peritoniti diffuse.

R. BRANCATI.

UROLOGIA.

Come si riconosce e come si cura un flemmone perinefritico.

(MARION. *Journal d'Urologie*, n. 2, 1925).

L'A. riferendo su 4 casi di flemmone perinefritico fa delle considerazioni sulla sindrome dell'affezione. I *sintomi* sono pochi ma caratteristici. Il paziente soffre all'inizio molto intensamente, il dolore è localizzato alla regione lombare con due punti di massima intensità, uno al di dietro dell'angolo costo-lombare, l'altro in avanti e in dietro del bordo del margine del gran retto. Questo dolore impedisce al malato di muoversi, spesso esiste flessione della coscia sul bacino come nelle psoiti e l'estensione è dolorosa. Il malato ha *febbre* più o meno elevata secondo i casi; in genere oscilla da *38 a 39.5°*, alcune volte può mancare. L'esplorazione della regione renale non fa rilevare alcuna intumescenza, non edema, non rossore, ma sintoma capitale la palpazione della regione fa rilevare un indurimento alle volte ligneo, un piastrone della fossa lombare. Con la palpazione bimanuale si riesce a percepire una massa diffusa che occupa la regione renale, ma è soprattutto la mano localizzata posteriormente, situata cioè nell'angolo costo-lombare, che permette di apprezzare la mancanza di depressibilità della parete. Comparando le due regioni si rileva come nella parte malata esista indurimento e resistenza alla palpazione. Questa resistenza alle volte si estende per una certa altezza, alle volte è limitata soltanto in corrispondenza dell'angolo costo-lombare.

L'evoluzione del flemmone perinefritico può essere *acuta* e *progressiva*, alle volte è *intermittente*. Vi sono inoltre delle forme essenzialmente *croniche* che si iniziano in modo insidioso. A questo gruppo appartengono le forme lignee. In tutti i casi le condizioni generali subiscono considerevoli alterazioni. L'esame delle urine nella maggioranza dei casi non farà constatare la presenza di pus a meno che contemporaneamente non esista una pielonefrite. Infine cosa importante quando si suppone un flemmone perinefritico occorre ri-

cercare nell'anamnesi del malato una suppurazione antecedente.

Quanto alla cura all'inizio si ricorrerà a mezzi medici: applicazione di ventose, impacchi caldi, vaccini antistafilococcici che spesso hanno dato buoni vantaggi. Si passerà alla cura chirurgica appena si ha la certezza che la regressione del processo morboso non si possa ottenere senza attendere che si manifesti il rossore e l'edema. Anche se scompare il dolore e la febbre e persiste l'indurimento, sintomo capitale è opportuno e necessario ricorrere all'incisione, che sarà praticata con la stessa tecnica che si usa con la nefrectomia, incisione cioè che partendo dall'angolo costo-lombare si dirige obliquamente verso un punto situato a due dita trasverse in alto e in dentro nella spina iliaca anteriore e superiore. Spesso dopo l'apertura del focolaio purulento si ha miglioramento accentuato, nei casi però in cui ricompare la temperatura occorre spesso ricorrere ad una seconda incisione e se persiste ancora l'elevazione febbrile e si abbia una infezione suppurativa del rene occorre ricorrere alla nefrectomia che fortunatamente però nel flemmone perinefritico non ha che rare indicazioni.

T. LAURENTI.

Il prolasso intravescicale dell'estremità inferiore dell'uretere.

(MERCIER O. *Journal d'Urologie*, t. XIX, n. 5).

L'A., illustrando un caso di prolasso intravescicale dell'uretere, ne ricorda gli altri 6 esistenti nella letteratura, e fa rilevare come tale affezione spesso sia stata confusa con le dilatazioni cistiche. Egli definisce il prolasso intravescicale dell'uretere come la fuoriuscita attraverso l'orificio ureterale di una o di tutte le fibre dell'uretere stesso. Questa fuoriuscita all'inizio intermittente, si accentua a poco a poco e in uno stadio più avanzato; la mucosa, la sottomucosa e la muscolare si prolassano nella vescica.

In questa massa prolassata non si trova alcun elemento della vescica stessa. Nei casi di prolasso dell'uretere non esiste alcuna cavità a livello della estremità inferiore mentre in caso di dilatazione cistica la cavità esiste e può raggiungere delle dimensioni considerevoli che si continua con l'uretere dilatato.

Dal punto di vista dell'anatomia patologica il prolasso può interessare una o tutte le tuniche dell'uretere quando è incompleta, la mucosa sola oltrepassa i limiti dell'orificio ureterale.

La fuoriuscita della mucosa non sorpassa al massimo i due cm. Gli AA. hanno paragonato tale intumescenza ad un nodulo emorroidario. Nel caso illustrato dall'A. il prolasso assumeva la forma di una mammella. In genere il tumore formato dall'uretere prolassato assume una forma allungata e non periforme, in genere si presenta cilindrica. Il suo colorito è di un rosso vivo e si distingue dalla tinta più pallida della mucosa vescicale.

Quando il prolasso è completo la mucosa, sottomucosa e muscolare si invaginano nella vescica. È eccezionale che tuniche ureterali si prolassano fino nell'uretra.

Dal punto di vista microscopico il prolasso assume un aspetto caratteristico che lo distingue dalla dilatazione cistica.

Nei diversi tagli seriali si riscontrano tutte le tuniche degli ureteri il che prova nettamente che la lesione è costituita da una invaginazione graduale di queste tuniche attraverso dell'urificio ureterale. La dilatazione invece cistica dell'estremità inferiore dell'uretere è molto differente e cioè mentre nel prolasso si riscontra dal lato vescicale la mucosa ureterale la parete della cavità cistica è ricoperta dalla mucosa vescicale.

La dilatazione cistica inoltre presenta una vera cavità che alle volte si continua con l'uretere.

Per quanto si riferisce alla eziologia ed alla patogenesi il prolasso intravescicale dell'uretere si riscontra con frequenza uguale nei due sessi. Nei sette casi illustrati dall'A. in 4 si trattava di uomini. Quanto all'età si è riscontrata tale affezione al di sopra dei 18 anni e in genere in individui che avevano passato i 25 anni. Il prolasso coincide sempre con altre lesioni dell'uretere e del rene.

Quanto alla patogenesi alcuni ammettono che si tratti di una affezione congenita, altri di una affezione acquisita. Quello che certo si è che la produzione del prolasso dell'uretere nella vescica è in rapporto diretto con contrazioni ureterali anormalmente violenti. Oltre a ciò occorre pensare ad una facilità di scivolamento della mucosa. Rispetto ai sintomi e alla diagnosi il quadro è molto complesso. Quasi sempre è l'esame cistoscopico che fa rilevare la lesione sia essa determinata da cistiti o da ematurie frequenti. Tuttavia in caso di prolasso molto accentuato le turbe possono esistere per la presenza stessa della massa prolassata, la quale massa, nell'interno della vescica, agisce come un corpo estraneo, determinanto stimolo frequente all'urinazione e dolori nella minzione.

L'errore più frequente è la confusione con la dilatazione cistica dell'estremità inferiore dell'uretere la quale presenta un aspetto cistoscopico preciso che serve a distinguerlo nettamente dal prolasso che appare come un tumore allun-

gato e compatto mentre la dilatazione cistica si presenta allungata e ordinariamente trasparente.

L'uretere prolassato ha una colorazione rosso intensa nettamente differente della tinta più pallida della mucosa vescicale. La massa cistica invece si presenta brillante e di colorito quasi simile a quello della mucosa vescicale. I movimenti della dilatazione cistica dell'estremità inferiore dell'uretere sono di espansione e di retrazione; quelli del prolasso invece se esistono sono movimenti di va e vieni.

Inoltre, e questo è il carattere differenziale più importante sotto la pressione della sonda il prolasso si riduce e scompare ciò che non avviene nella dilatazione cistica.

I *polipi dell'uretere* non possono indurre all'errore che per la loro sede intorno alla zona ureterale. Essi saranno facilmente riconoscibili per la loro superficie sfrangiata. Inoltre, l'urina fuoriesce intorno alla loro base e il cateterismo mostra che la sonda passa vicino all'intumescenza.

Altra causa di errore diagnostico è il sollevamento della zona ureterale per un calcolo intramurale dell'uretere.

Cura. Per quello che si riferisce alla cura occorre riferirsi direttamente alla causa. Rivolgere la propria attenzione soltanto sulla massa prolassata espone alla recidiva o alla persistenza dei fenomeni dolorosi renali. Se si pratica una operazione conservatrice occorrerà secondariamente agire sulla massa prolassata che potrebbe mantenere o aggravare una ritenzione renale. Questo intervento secondario avrà luogo per le vie naturali per mezzo del cistoscopio e consisterà nella *distruzione* della *intumescenza* e in una *meatotomia* se l'orificio ureterale si presenta ristretto. Se è necessario praticare una *nefrectomia* a meno che non vi siano indicazioni speciali, di agire sul prolasso.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

J.-B. HURRY. *I circoli viziosi in Patologia*, traduzione italiana dalla 3ª ediz. inglese, riveduta e annotata dal dott. G. Dragotti. — L. Pozzi, editore, Roma. Prezzo L. 45.

L'umano organismo è una complessa fucina di azioni e di reazioni che sono il fondamento della vita. Ma non esiste funzione d'organo che non trovi alleata l'armonica funzione degli altri organi, come non esiste sforzo che non sia sostenuto da processi di compenso. Se un organo si ammala, si esaurisce la capacità di compenso, diminuisce la stessa capacità funzionale, l'equilibrio delle relazioni viene disturbato e nocumento ne deriva agli organi sani; così il cuore malato nuoce agli organi irrorati come fegato, sistema nervoso, rene. Ma gli organi danneggiati, per l'inceppo funzionale determinatosi, nuocciono al cuore malato, il quale si aggrava e accresce il danno di ripercussione, e così gira e circola il danno costituendo il « circolo vizioso ».

I circoli viziosi sono responsabili, dice l'A., della *perpetuazione* e dell'*aggravamento* di *processi morbosi*, di *distruzioni d'organi*, di *decessi*. Ne deriva il bisogno di analizzare i circoli viziosi, la necessità di curare, interrompendo il pericoloso avvicendarsi di azioni e ripercussioni. La ricerca e la conoscenza di queste interdipendenze è stimolo allo studio analitico della malattia, delle sue manifestazioni, allo studio della cura.

Con opera paziente l'Hurry ha mietuto in tutti i campi della patologia umana nella ricerca del *circolo vizioso*. Egli, che ha acquistato una speciale competenza in materia, in tutte le malattie di ciascun apparato scopre il circolo vizioso, e spesso, nel descriverli, si serve della parola del trattatista o dei clinici più noti, che avevano chiaramente messo in luce il giro vizioso. Nelle malattie del sistema nervoso, nelle cardiovascolari, nelle malattie dei sistemi respiratorio, digerente, urinario essi costituiscono circoli viziosi, semplici e qualche volta concorrenti. L'A. studia la rottura naturale e artificiale (curativa) dei circoli viziosi, metodo naturale o medicamentoso di cura.

Il libro potrebbe sembrare una raccolta di curiosità mediche, e questa è la prima impressione, ma è invece una raccolta di sapienti osservazioni: nel corso della malattia, il problema terapeutico assillante, lo scoglio pericoloso è nel prodursi di un circolo vizioso, che bisogna saper conoscere, evitare, curare.

L'editore, offrendo al lettore italiano in veste

elegante, artisticamente rilegata in tela, con belle illustrazioni nel testo ed una tavola a colori, una agile, corretta e italianissima traduzione dà il mezzo facile di impadronirsi del contenuto di questa originale produzione.

T. PONTANO.

CH. ROUX et F. MOUTTER. *Pathologie gastro-intestinale*, tome 2°. G. Doin, ed Paris. Fr. 30.

L'opera degli autori francesi ha incontrato fortuna presso il pubblico medico e per l'argomento che attrae ogni medico pratico e per la grande semplicità e chiarezza, con cui astrusi argomenti sono svolti. Il libro è alla sua quarta edizione e questa del 1925 non è una semplice ristampa, ma una edizione rimaneggiata e in molta parte modificata alla luce delle moderne ricerche di laboratorio, che, in tema di intestino, ogni giorno rivoluzionano le vecchie idee e le vecchie denominazioni. Qualche capitolo nuovo (le periviscerìti e le stenosi sottowateriane) figura nella edizione presente.

In qualche punto l'opera è assai parca, perchè gli autori hanno voluto restare fedeli allo scopo d'insegnamento pratico; sarebbe desiderabile che delle illustrazioni completassero l'esposizione. Auguriamolo per le future edizioni.

T. PONTANO.

Collana di conferenze di igiene scolastica. Vol. I, in-8° picc. di pag. 159. G. B. Paravia ed. Torino 1925. Prezzo L. 9.50.

La Casa Paravia inizia, con questo volumetto, una collana di conferenze di igiene scolastica, presentata da una prefazione del prof. Sclavo che, dell'insegnamento dell'igiene ai maestri è stato fervido propugnatore ed ha ottenuto di introdurlo nella Scuola normale. Per quanto i corsi magistrali siano stati in seguito aboliti, un nuovo soffio di entusiasmo si è fatto strada nei nuovi programmi e, recentemente, ha portato all'istituzione di corsi di conferenze per maestri che si sono tenuti in diverse città d'Italia.

Gli argomenti qui trattati sono: I benefici dell'igiene (E. Bertarelli); L'edificio scolastico (A. Di Vestea); Il buon governo della scuola (R. Vivante); L'igiene mentale (S. De Sanctis); Gli adenoidei (T. Mancioli), tutti svolti in forma piana, facilmente accessibile e realmente pratica. Auguriamo che ben presto seguano altri volumi che completino la trattazione dell'argomento.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXIV Congresso Ostetrico-Ginecologico Italiano.

(Cont., v. n. prec.).

Comunicazioni individuali.

Dott. MOMIGLIANO E. (Roma). — *Ricerche microchimiche sulla secrezione interna del corpo luteo e sulla sua genesi.* — Le ricerche instituite dall'O. attribuiscono particolare valore ad una sostanza, la quale presenterebbe molta analogia con la sostanza colloide contenuta nella tiroide, nelle paratiroidi, nella ipofisi. Questa sostanza dovrebbe esser interpretata come un prodotto di secrezione e non di degenerazione non implicando la sua formazione la decostituzione dell'elemento glandulare. L'O. non si perita nell'interpretazione microchimica di questo prodotto di secrezione, ma per le correlazioni funzionali fra le varie glandole a secrezione colloide pensa debba aver qualche valore l'affermazione degli AA. secondo i quali queste glandule dovrebbero esser raggruppate in unico sistema cioè nel cosidetto: sistema colloideopoietico.

Dott. MOMIGLIANO E. (Roma). — *Sui teratomi ad evoluzione unilaterale.* — Definisce i caratteri morfologici e microchimici, che permettono di riconoscere i teratomi ad evoluzione unilaterale, per differenziarli dai tumori follicolari non teratoidi, dell'ovaio, dai tumori semplici epiteliali o connettivali. L'epithelioma chorionectodermale di PICK non dovrebbe rientrare, secondo l'O., fra i teratomi ad evoluzione unilaterale; ma fra i non teratoidi delle ghiandole genitali (ovaio-testicolo).

Dottori ALBANO e RAGUSA (Roma). — *La diagnosi prenatale del sesso, studiata con la enzimoreazione.* — Gli OO. hanno posto a reagire il siero di sangue con disintegrati del testicolo e dell'ovaio, secondo la tecnica di REBAUDI e SIVORI. Le ricerche furono condotte in gravidanza nel parto (sangue retroplacentare e funicolare) e nel puerperio. I risultati furono poco probativi (30 %) di reazioni positive per la diagnosi prenatale del sesso, 50 % di reazioni positive nel sangue retroplacentare e funicolare.

Dott. RAGUSA (Roma). — *La diagnosi di gravidanza col refrattometro.* — Provocando in termostato la digestione fra siero e placenta è logico pensare che il siero di gravida scinderà più albumina placentare. Su questo principio l'O. ha fatto delle ricerche ed ha potuto stabilire, che l'azione proteolitica del siero di gravida nel tessuto placentare è meglio controllabile col *metodo quantitativo* del refrattometro, che col *metodo* originale *qualitativo* di ABDERHALDEN e che anche i metodi quantitativi basati sulla colorazione colorimetrica sono meno esatti, perchè è più agevole

la lettura di un angolo di deviazione che il valutare un punto di colore.

Dott. CETRONI (Bari). — *Sulla duplicità del corpo luteo.* — Tale duplicità è del 2 al 3 per 100 fuori gravidanza, del 25 per 100 in gravidanza, secondo l'O. I corpi lutei doppi sono sempre nello stesso stadio di sviluppo e quasi delle stesse dimensioni. Della maggior frequenza della duplicità del C. L. in gravidanza l'O. dà varie ragioni: la possibile persistenza dell'ovulazione nei primi mesi di gravidanza; la presenza di gravidanze gemellari misconosciute (intra- ed extra-uterine); la possibilità di una maggiore attività ovarica nei primi mesi della gravidanza; la presenza in gravidanza di ovaie normali in confronto delle ovaie alterate nei casi extragravidici.

Discussione:

MOMIGLIANO (Roma). — Conferma la duplicità del C. L. in rapporto frequente con gravidanze gemellari misconosciute (evoluzione di un solo feto-aborto di una gravidanza succeduta davvicino a quella riuscita. Ricorda un caso di gravidanza extrauterina bilaterale pubblicato in *Clinica Ostetrica*. La frequenza dei C. L. doppi nei casi di fibromiomi può spiegarsi coll'ammettere che il supposto corpo luteo doppio corrisponda ad un C. L. appartenente all'ovulazione precedente in degenerazione o ad uno persistente.

CETRONI (Bari). — Non può convenire con l'O. circa la supposizione che la frequenza dei C. L. doppi nei fibromiomi sia in rapporto con la persistenza del C. L. della ovulazione precedente il cui differente grado di sviluppo basta a riconoscerlo.

Dott. REVOLTELLA (Bari). — *Sul ricambio azotato in gravidanza e puerperio.* — Le lievi variazioni dalla norma che si verificano, non crede l'O. siano in rapporto con alterazioni organiche e funzionali dell'organismo materno, ma che invece corrispondano ad oscillazioni fisiologiche dipendenti dalle variazioni dell'organismo della donna in tali periodi specie in gravidanza per la presenza del feto.

Dott. SCONTRINO (Roma). — *Ricerche comparative sullo zucchero libero e sullo zucchero combinato nel campo ostetrico-ginecologico.* — L'O. si è avvalso del nuovo micrometodo del Bang per la determinazione dello zucchero nel sangue, con lo scopo di seguire il comportamento dello zucchero libero e parallelamente di quello combinato nei vari periodi della gestazione e nel puerperio in condizioni normali e patologiche nella mestruazione e nei tumori maligni, allo scopo di meglio precisare quale importanza in questi diversi stati si debba attribuire alla modificazione degli idrati di carbonio. Riferisce le cifre ottenute.

Dott. CONSOLI e dott. SETTE (Roma). — *Comportamento delle agglutinine tifiche in gravidanza e puerperio.* — Gli OO. hanno sperimentato su coniglie e su donne in gravidanza e fuori gravidanza, partendo per le loro ricerche da esperienze del prof. SANARELLI sul colera e sulla vaccinazione su coniglie gravide, nelle quali dopo il parto era stato osservato un forte abbassamento del titolo delle agglutinine.

Nelle coniglie hanno osservato che il tasso delle agglutinine aumenta col procedere dell'immunizzazione e repentinamente si abbassa dopo lo sgravio. Nelle donne non gravide dopo inoculazione di vaccino si ha un tasso più o meno elevato di agglutinine specifiche, le quali non compaiono nelle donne gravide, che in travaglio e nel puerperio. Compaiono invece nel sangue del funicolo ombelicale ma a tasso inferiore. Vanno scomparendo nel bambino mano mano che ci si allontana dalla nascita; sì da far supporre che nel neonato si tratti di immunità passiva solamente.

DI FRANCESCO SEBASTIANO (Genova). — *Sulle modificazioni istologiche dell'amnios nelle tossicosi gravidiche.* — Dopo aver esaminato membrane amniotiche normali — confermando per queste i reperti di VERCESI — ha studiato i reperti ottenuti da 15 amnios di gravide albuminuriche ed eclamptiche traendo le seguenti conclusioni. Le modificazioni strutturali dell'amnios dello stato normale si accentuano nella tossicosi, facendo pensare ad un'unica causa determinante per le varie forme di tossicosi: l'affievolita o alterata funzione dell'amnios, come lo dimostra il diminuito contenuto dei lipoidi, la quale non è causa, ma conseguenza delle tossicosi.

Discussione:

MOMIGLIANO (Roma). — Desidera conoscere il significato delle alterazioni riscontrate nelle cellule amniotiche.

DI FRANCESCO (Genova). — Crede che le sostanze tossiche solubili nel liquido amniotico abbiano azione determinante le descritte alterazioni dell'amnios.

Dott. SCIBELLI M. (Napoli). — *La reazione peritoneale Sgambati delle urine in ostetricia e ginecologia.* — Ha provato la reazione nel campo ginecologico, in tumori, in aborti tubarici, in dislocazioni uterine, in peritoniti fibro-adesive, in inondazioni peritoneali, in occlusioni intestinali. La reazione riuscì positiva nei suoi due tempi, quando esisteva uno stimolo flogistico sul peritoneo; meno intensa nel carcinoma, nella peritonite fibro-adesiva. Notò scomparso il secondo tempo della reazione nelle retroversioni, nei fibromi, nelle annessiti croniche.

In gravidanze normali la R. è positiva nel 4 % dei casi. In puerperio normale nel 10 % dei casi.

La R. è più frequentemente positiva nel puerperio patologico (endometrite, perimetriti, parsemitriti).

In conclusione l'O. crede la R. Sgambati abbia valore diagnostico e prognostico specie per i soggetti che si tengono in protratta osservazione.

Prof. L. A. OLIVA (Genova). — *Sopra alcuni trapianti di organi. Nota preventiva.* — Ha eseguito 4 trapianti di porzioni di placenta e 9 di ovaia intere — tutti su portatrici di carcinomi

inoperabili — con metodo preperitoneale, e sottoaponevrotico. Ne ebbe diminuzione del dolore, delle secrezioni fetide; certo in 4 donne prolungamento della vita.

Trapianti ovarici eseguiti su giovani con infantilismo genitale e disovaria, dettero effetti utili: azione regolatrice tanto nelle menorragie, che nell'amenorrea, come nella dismenorrea aumenti di volume dell'ovajo.

Discussione:

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Domanda se l'organoterapia placentare ed ovarica non possa aver valore anche profilattico e preoperatorio nei tumori.

Prof. OLIVA (Genova). — Accetta il consiglio del prof. BIGNAMI e lo metterà a partito.

Dott. MADRUZZA (Perugia). — *Azione dei trapianti di decidua sulla glandula mammaria.* — I trapianti di decidua di cavia e coniglia furono praticati su cavie e coniglie non gravide nè in puerperio. Ottenne sempre ipertrofia mammaria e secrezione lattea perduranti per due mesi dopo il trapianto. Controlli eseguiti con placenta (villo) riuscirono negativi. Ricerche istologiche fecero vedere i tessuti trapiantati conservati e viventi, come hanno dimostrato l'attività secretiva del tessuto glandulare mammario dopo lo innesto. L'O. ritiene così la decidua organo a secrezione interna.

Discussione:

GENTILI (Pisa). — Ricorda sue esperienze con iniezione di un lipoide attivo della decidua che provocava attiva funzione mammaria.

Dott. TESAURO (Napoli). — *La sopravvivenza della fibra muscolare liscia del miomerio.* — Preparati di uteri umani, asportati per taglio cesareo demolitore, hanno dimostrato la presenza dei movimenti automatici registrati graficamente nella camera-termostato di Bottazzi, fino a 90 ore dalla separazione dal corpo e indipendentemente da qualsiasi precauzione. L'utero fu abbandonato per tutto questo tempo a temperatura ambiente (15-20 C.) e senza sostanze antisettiche. È questo un elemento a favore della teoria miogena sull'origine della contrazione automatica delle fibre muscolari lisce, poichè non si può ammettere, dopo quanto è già noto che gli elementi nervosi periferici — in questo caso apparati gangliari delle pareti uterine — pur non essendo delicati come gli organi nervosi centrali, sopravvivono per così lunghi periodi di tempo.

L'O. esibisce anche i tracciati di preparati di utero con carcinoma complicante la gravidanza il potere contrattile delle fibre apparisce normale, così anche la rispondenza agli stimoli chimici.

Dott. MARZETTI (Roma). — *Enorme fibroma con abnormi relazioni vascolari con l'omento.* — Il tumore arrivava 4 dita sopra il bellico. Tutta la massa del tumore era incappucciata dall'omento sul quale decorrevano vene grosse come dito mignolo. I vasi propri dell'utero erano di calibro normale.

Discussione:

BIGNAMI (Cremona). — Domanda se nel caso speciale avrebbe avuto buon esito anche la radioterapia.

MARZETTI (Roma). — Crede che indubbiamente l'esito migliore era da attendersi dall'intervento chirurgico come accadde. La donna uscì dalla clinica al 12° giorno.

Dott. MONTANELLI (Firenze). — *Sulla degenerazione sarcomatosa dei fibromi uterini.* — Illustra due casi di fibromioma di antica data, uno dei quali con degenerazione cistica, nei quali pochi mesi dopo l'operazione si ebbe la recidiva sarcomatosa. Fa considerazioni sull'andamento clinico di questi tumori, sulla difficoltà della diagnosi ed afferma che la terapia chirurgica radicale nei fibromiomi deve esser sempre la preferita.

Discussione:

MOMIGLIANO (Roma). — La degenerazione sarcomatosa dei fibromi si avrebbe nel 10 % dei casi.

PESTALOZZA (Roma). — Ha visto comparsa di sarcoma in donna che si credeva di aver operato per fibroma. Ciò è importante nei riguardi della radioterapia applicata con dosi da castrazione alle donne fibromatose attempate — dosi che possono dar luogo a condizioni anche più gravi del sarcoma.

Dott A. SCONTRINO (Roma). — *Contributo alle ematosalpingi nei fibromi dell'utero.* — L'O. riporta una casistica di 22 casi di ematosalpingi fra le quali due sactosalpingi e riferisce il reperto istologico di alcune di esse che ebbe occasione di esaminare, e cioè: enorme dilatazione dei vasi sanguigni e linfatici, estesa jalinosi della muscolare e trasformazione in un tessuto ricchissimo di ampi capillari sanguigni che in alcuni punti assumono un aspetto lacunare. L'epitelio conservato, in alcuni punti pare che si sia rigenerato. Nell'ovaio atresia di numerosi follicoli e notevole degenerazione jalina dei vasi. L'O., sebbene non abbia sorpreso il passaggio di sangue al di fuori dei vasi, sostiene in base al reperto istologico la teoria del PESTALOZZA, che cioè la tromba che normalmente non partecipa alla mestruazione, può in circostanze speciali come nei fibromi subire l'influenza dell'alterata secrezione interna dell'ovaio, che è talvolta così intensa da agire anche sulla mucosa tubarica.

Dott. PITIMADA (Napoli). — *Sulla leucopenia alimentare nel carcinoma dell'utero.* — Le ricerche presenti fanno seguito ad altre dell'O. Oggi per l'osservazione di 40 casi può concludere: 1) Al carcinoma si accompagna leucopenia alimentare nel 97 % dei casi. 2) Tale reperto non può aver valore diagnostico differenziale. L'O. l'ha trovata in casi di fibroma uterino e di metrite con grave anemia. 3) Nei casi operati il numero globale dei leucociti e la leucocitosi digestiva tornano e si mantengono al normale finchè non c'è recidiva.

Prof. BACIALLI (Firenze). — *La ricerca del bacillo di Koch nel sangue delle forme tubercolari*

ginecologiche. — Ha adottato un metodo d'indagine del tutto nuovo, basato sull'insemenzamento del sangue, trattato con idrato sodico ed acido cloridrico diluito, nel terreno di Petragnani, costituito di ovo, latte, glicerina e verde di malachite. In 21 casi così trattati, in 5 di controllo e in corrispondenti prove biologiche sempre risultato negativo. L'O. crede che tali indagini debbano esser continuate, persuaso che gli insuccessi si debbano ad imperfezione di tecnica.

Prof. VERCESI (Genova). — *Tubercolosi polmonare - pneumotorace in gravidanza.* — Riferisce 7 importanti casi clinici, nei quali venne evitato l'aborto terapeutico e le gravidanze andarono al parto regolare senza complicazioni.

Discussione:

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Ha praticato interruzioni di gravidanza per tubercolosi e per il pneumotorace. Riconosce che una tale interruzione non è scevra del tutto dai pericoli di sepsi ed altri. Edotto dall'esperienza ora — quando possibile — rifiuterà certo largamente l'aborto terapeutico.

VERCESI (Genova). — Conforta l'O. in questo divisamento, perchè nei suoi 7 casi si ebbero feti vivi, sopravvissuti e le madri non ebbero sofferenze o complicazioni morbose.

Dott. ALESSANDRINI (*Junior* (Roma). — *Ricerche ematologiche ed urologiche nella tubercolosi genitale femminile.* — Furono praticate su tre malate operate dal prof. MICHELI nel suo reparto all'ospedale di S. Giovanni in Roma dal 3° al 15° giorno dopo l'atto operativo. Metodi di preparazione: trattamento del sangue con citrato sodico, successivi lavaggi ripetuti con acqua distillata e centrifugazione — goccia spessa — trattamento con antiformina. Non trovò mai il b. di Koch. Le ricerche nelle urine riuscirono pure negative.

Prof. RIZZACASA (Aquila). — *Gravidanza in corno rudimentario.* — Si trattava di un utero unicorne con un corno rudimentario gravido. Fu possibile un intervento operativo conservativo con la asportazione del solo corno rudimentario. Discute a lungo il caso clinico, insistendo sulla diagnosi differenziale con la gravidanza tubarica dal punto di vista clinico, operatorio ed anatomo-patologico.

Dott. D'APRILE (Roma). — *Sulla genesi e sulla terapia del vomito grave delle gestanti.* — L'O. ritiene che a produrre il fenomeno vomito non bastino gli stimoli provenienti dall'utero gravido, ma che vi occorra il fattore predisponente.

La predisposizione deriverebbe da uno squilibrio del ricambio del calcio, probabilmente determinato da disfunzione endocrina e particolarmente da ipoparatiroidismo. In cinque casi studiati, l'esame del sistema nervoso e del ricambio del calcio sembra avvalorare la tesi dell'autore; in essi fu adoperato il cloruro di calcio per via endovenosa a dose oscillante dai 40 ai 60 centgr. pro die. Quattro guarirono completamente ed in uno vi fu tale miglioramento da consentire la continuazione della gravidanza fino a termine.

Dott. MARZETTI (Roma). — *Trasfusione di sangue nei prematuri.* — Adoperò il sangue materno iniettato nel seno longitudinale, attraverso la grande, talora la piccola fontanella. Ebbe ottimi risultati che valsero a mantenere in vita feti altrimenti condannati, dal peso alla nascita anche di 1500 gr.

Prof. MICHELI (Roma). — *L'isteropessi pelvica dopo la cura chirurgica dell'ematocele da gravidanza tubarica.* — Poichè è noto che dopo l'intervento chirurgico per l'ematocele da gravidanza tubarica facilmente per le condizioni nelle quali rimane il Douglas si stabilisce una retroversione uterina fissa. L'O. propone di far seguire simili interventi da una facile e rapida tecnica di isteropessi-profilattica appunto della futura retroversione fissa — come è, ad esempio, quella di PESTALOZZA. L'ematocele in generale non è accompagnato da condizioni gravi della operanda che vietino questa cura profilattica. L'O. così l'ha potuta praticare in tutti i casi nella sua maternità

Dott. D'ALLERA (Parma). — *Contributo alla terapia delle annessiti.* — *Conclusioni:* 1) Il cloruro di calcio è medicamento che rende perfetto il trattamento delle affezioni annessiali acute. 2) È utile l'associazione del cloruro di calcio con la trementina e permette la cura anche delle manifestazioni più acute. 3) La trementina, utile nelle forme acute, può valere con successo a rendere più attivi gli altri mezzi di terapia medica e fisica.

Discussione:

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Domanda se ugual trattamento vale nelle annessiti tubercolari.

D'ALLERA risponde che non vale nelle forme specifiche.

Dott. AMATI (Parma). — *Sull'azione dell'ergotamina in vivo ed in vitro e su di una possibile sua nuova applicazione durante il travaglio di parto.* — Percorre la storia degli ecbolici: dalla segale cornuta, all'ergotamina, al Gynergen, agli estratti ipofisari e ne studia partitamente gli effetti sulla fibra muscolare uterina, mettendo in evidenza gli effetti sfavorevoli di alcuni di essi, insistendo su quelli degli estratti ipofisari, tenuti finora in tanto onore. Valuta le dosi utili. Conclude, che rimane rafforzato il precetto di riservare l'uso della *segala e derivati* ad utero completamente vuoto. Per gli *estratti ipofisari* mette in luce i danni già registrati da vari AA. in contrasto con i mirabili effetti constatati da altri AA. Per l'*ergotamina* a risultato pure instabile studia le dosi. Per il *Gynergen*, che è un tartrato di ergotamina, si accorda con lo STÖCKEL nel constatarne il successo. Riferisce esperienze di laboratorio e casi clinici.

Dott. ARMANINI (Pavia). — *Sull'uso degli estratti ipofisari in Ostetricia.* — Ha trattato 75 casi con gli estratti ipofisari: 44 di energia uterina, 12 di placente previe, 3 di secondamento ritardato, 16 di atonia post-partum. Riferisce i casi clinici e trae conclusioni terapeutiche favorevoli all'uso

degli estratti ipofisari — non dimenticando però la precauzione di tenersi pronti alla liberazione della partoriente dopo la breve somministrazione della quale è utile seguire le norme e le condizioni.

Discussione:

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Ricorda i casi della sua esperienza con esito soddisfacente, specie per la cura dell'atonia post-partum.

Dott. D'APRILE (Roma). — *La bismuto-terapia nella sifilide in gravidanza.* — L'O. ha esperimentato il bismuto in tre casi di sifilide in gravidanza; i risultati non sono confortanti nei riguardi del prodotto del concepimento. Mentre i fenomeni clinici, presenti in una delle tre donne, scomparvero con discreta rapidità, la gravidanza s'interruppe invariabilmente nel terzo trimestre, dando esito a feti morti e macerati. Non v'è perciò ragione, checchè ne dica lo spagnolo FERNANDEZ, di abbandonare gli arseno-benzoli per il bismuto.

Prof. RAFAEL MESTRE (Cordoba-Argentina). — *Indicazioni, tecnica e risultati della sinfisiotomia sottocutanea.* — La sinfisiotomia sottocutanea deve essere riservata alle piccole sproporzioni pelviche: quelle cioè che non richiedono una separazione della sinfisis maggiore di 5 centimetri. La tecnica impiegata è quella del ZARATE che contiene modificazioni al metodo sottocutaneo di FRANK. In 11 osservazioni le mortalità materna fu nulla; solo un feto nacque morto presentando nel momento dell'intervento segni di sofferenza fetale. La morbilità fu scarsa; una paziente presentò l'infiammazione del periosteo vicino all'articolazione e un'altra l'incontinenza parziale d'urina che guarì spontaneamente.

Prof. SANTORO (Cosenza). — *La discissione longitudinale del collo uterino nella cura delle stenosi acquisite.* — Riferisce pochi suoi casi di stenosi cicatriziale causa di gravi sofferenze. Divide il collo uterino con taglio longitudinale mediano antero-posteriore, come in due valve destra e sinistra, fino all'orificio interno. In questi lembi discissi esegue lo svuotamento commisurale. Ottenne guarigione completa.

Prof. VOLPE CARLO (Napoli). — *Miomectomia in travaglio di parto e taglio cesareo soprasinfisario transperitoneale per voluminoso mioma interstiziale del segmento inferiore dell'utero.* — Riferiti i dati più importanti della letteratura sull'argomento e quelli del suo caso clinico che ebbe buon esito conclude affermando le sue preferenze per l'intervento cesareo e la miomectomia o la isterectomia a seconda della sede e distribuzione dei miomi nell'associazione del mioma alla gravidanza, anche quando la sede del mioma non vieta il parto per le vie naturali. Preferisce anche in tali casi la tecnica soprasinfisaria a tutte le altre per la cesarea.

Dott. MARINUCCI (Napoli). — *Rapporto fra complemento e corpuscoli bianchi nell'ematocele di gravidanza estrauterina prima e dopo dell'intervento chirurgico.* — Dalle ricerche risulterebbe che il sangue delle donne con tale complicanza gravidica è più povero di complemento del sangue delle donne in gravidanza normale avanzata, e ciò in rapporto all'avvenuta interruzione dello stato gravidico nella gravidanza extrauterina con ematocele. Il valore complementare aumenterebbe dopo l'intervento operatorio. Esiste un parallelismo fra aumento del complemento ed aumento del numero dei corpuscoli bianchi.

Prof. SIRENA CORLEO (Palermo). — *Forcipe a cucchiaia modificabile con gemelle alternate oscillanti.* — La gemella anteriore sinistra e la posteriore destra sono mobili perchè segate a pochi centimetri dall'articolazione del forcipe, ma si possono fissare con uno scorsoio a fascia. L'O. afferma che così la compressione della parte presentata è minima e meglio il suo forcipe vale nelle lievi stenosi pelviche.

Dott. CASTAGNA (Roma). — *Rinorragia; Vicarianti mestruali e loro probabile origine ooforogena.* — Una cura stimolante ovarica (corpo luteo), da lui instituita con successo in casi simili, sembra all'O. autorizzi di credere all'origine ovarica di tali rinorragie.

Dott. SCHIAFFINO (Genova). — *Alcune ricerche sulle affinità sanguigne.* — Eseguite su 96 donne, trovò che solo il 50 % di esse potevano esser classificate al gruppo IV di Moss (datori universali). Ciò contrariamente all'affermazione del LATTES per il quale la maggioranza della popolazione apparterrebbe al detto IV gruppo sì da dar ragione del risultato innocuo di 1044 trasfusioni sanguigne fatte senza controllo sierologico da vari AA. (solo 4 morti). Crede necessario insistere da queste ricerche allo scopo di vedere se realmente la trasfusione senza controllo sierologico possa esser consigliato al medico pratico.

Discussione:

Prof. PUCCINELLI (Roma). — Afferma la necessità assoluta del controllo sierologico prima della trasfusione a meno che non si tratti di casi a morte imminente. Basta un solo caso di morte anche su 10,000 buoni successi per affermar questo.

Prof. BOLAFFIO (Roma). — In base alla sua esperienza crede necessaria anche la prova fra siero del datore e globuli rossi del ricevente ad evitare l'emolisi di questo.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Afferma la necessità dei controlli sierologici, sempre che sia possibile avanti ogni trasfusione.

Dott. SCHIAFFINO (Genova). — Si accorda sulla possibilità di trascurare i controlli sierologici solo nei casi di estrema urgenza di trasfusione sanguigna.

Prof. SANTORO (Cosenza). — *La trasfusione sanguigna alla portata di ogni medico pratico.* — La praticità della trasfusione è data dall'uso del sangue citratato in un fialone di siero fisiologico preventivamente vuotato spinto nella vena del ricevente con doppia folla di soffieria. Ad evitar il

controllo per le affinità sanguigne basta il medico pratico si valga solo per datori dei genitori, del figlio o del fratello o sorella del ricevente.

Discussione:

Prof. PUCCINELLI (Roma). — Come hanno dimostrato le trasfusioni fatte in guerra, esse sono rese pratiche con mezzi ben più semplici di quelli detti dall'O. Basta un imbuto comune di vetro — un tubo gomma, — due aghi da fleboclisi ed il citrato di soda. Il sangue dalla vena del datore passa nell'imbuto con la soluzione citratata e da questo per solo effetto della gravità per il tubo di gomma e l'ago da fleboclisi nella vena del ricevente.

Prof. MIRANDA (Napoli). — Ricorda la comunicazione del prof. ALBINI su la trasfusione all'Accademia medico-chirurgica napoletana (1886). Egli ideò una speciale cannula.

Prof. SANTORO (Roma). — Teme le modalità dette dal prof. PUCCINELLI per la eventuale possibile coagulazione del sangue.

Dott. MARABOTTO (Genova). — *Sulla presenza del rame nella placenta.* — Ha esaminato sia le ceneri che gli estratti placentari. Il rame viene svelato con l'ematossilina che dà col rame colorazione bleu (reazione sensibilissima anche per soluzione di rame di 1 a 40 milioni). La placenta dà una reazione per il rame uguale a quella del fegato. Evidentemente essa assume il rame per trasmetterlo al feto nei cui tessuti si ritrova, pur senza ancora poterne definire la funzione.

Discussione:

Prof. DECIO (Siena). — Sulla specificità della reazione dell'ematossilina per il rame sono stati elevati gravi dubbi.

Dott. MARABOTTO (Genova). — La specificità della reazione è affermata da tanti AA.

Prof. COVA (Palermo). — Legge il lavoro del prof. PERAZZI, *Sui trapianti ovarici.* — *Conclusioni*: Quando esiste omogeneità sanguigna, gli innesti ovarici hanno maggior probabilità di attecchimento: però anche essi vanno incontro a regressione dopo qualche tempo.

Dello stesso A. il prof. COVA legge le conclusioni di altro lavoro, sulla: *Diatermia nella sterilità.* La diatermia è utile nella ipoplasia genitale per la congestione che determina. È utile uno speciale elettrodo vaginale a coppa che viene a comprendere il collo dell'utero e meglio garantisce la omogenea irradiazione degli organi pelvici.

Prof. MASSONE (Sampierdarena). — *Sopra un caso di gravidanza extrauterina al settimo mese.* — Operò ed ebbe un feto vivo, vissuto 24 ore. La placenta fu lasciata in posto con la sacca per molteplici aderenze di questa.

Discussione:

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Chiede se si trattava di gravidanza addominale primitiva.

Prof. MASSONE. — Crede appunto che si trattò di gravidanza addominale. Non si vide traccia di tuba uterina.

Dott. ALBANO (Roma). — *L'utilità dell'indagine urologica nel campo ostetrico-ginecologico.* — Ha praticato la cromocistoscopia di precisione (PIRONDINI) su 50 donne. In 21 trovò lesioni renali o vescicali, mettendo in luce calcolosi renale, cistite anche emorragica, ulcerazione del collo vescicale, cistopieliti, pionefrosi, assenza di una papilla, tubercolosi, nefrite emorragica, varicocele vescicale.

Questi reperti fanno vedere la urgente necessità di competenze urologiche negli istituti ostetrico-ginecologici.

Dott. MARABOTTO (Genova). — *L'aumento degli acidi organici urinari in gravidanza.* — È un contributo allo studio dell'acidosi gravidica. Gli acidi organici sono in quantità superiore nella donna gravida che nella non gravida, non in relazione ad una sottrazione di basi, ma ad una produzione di acidi.

Dott. MARTINOLLI (Perugia). — *L'indice antiemolitico urinario nel periodo mestruale.* — Ricorda le ricerche del CONDORELLI, riferisce delle sue fatte su venti donne sane. In 17 trovò l'i. a. u. abbassato in confronto ai valori del periodo intermestruo. Il *deficit* i. a. u., secondo CONDORELLI segno di alterato bilancio tossico, appoggerebbe la concezione dello SCHRÖDER per l'esistenza di una tossicosi mestruale.

Dott. VOLPE AMILCARE (Sassari). — *La misurazione della tensione carbonica alveolare nel campo ostetrico-ginecologico.* — Si è servito dell'apparecchio di Pirondini, seguendo la tecnica da lui dettata. Riferisce i risultati ottenuti.

Discussione:

Dott. ALBANO (Roma). — Ha studiato 150 casi con nefropatie mediche, chirurgiche e prostatismo, tutti della clinica Pirondini. Conclude affermando che la ricerca dell'indice della acidosi è utile quanto le altre ricerche funzionali e merita di esser diffusa.

Dott. VOLPE. — Nella gravidanza normale il limite percentuale normale della T. C. A. non deve scendere al di sotto del 4 %.

Prof. PUCCINELLI (Roma). — *Anestesia locale in ostetricia e ginecologia.* — Riferisce i molti casi trattati col metodo dell'infiltrazione e con l'anestesia epidurale, transacrale, ecc. Ebbe ottimi risultati che autorizzano alla maggior diffusione del metodo.

Dott. ALESSANDRINI G. (Roma). — *Microcefalia fetale da Radioterapia in gravidanza.* — La radioterapia attuata su un utero gravido, erroneamente ritenuto neoplastico, deve nel caso speciale esser messa in rapporto con la microcefalia fetale.

Dott. DE RUVO (Roma). — *Il parto ed il puerperio nelle complicanze mediche materne.* — Su 18,500 schede ospitaliere di gestanti che ebbero il parto alla Maternità di S. Giovanni in Roma — diretta dal prof. Micheli — trovò che 164 partorienti provenivano dalle Sezioni mediche dell'Ospedale perchè affette da malaria o polmonite, o in-

fluenza, pleurite, cardiopatie, nefrite cronica, ittero infettivo, ecc. L'O. studia partitamente l'influenza reciproca del parto e delle malattie osservate. Quattro donne morirono per le complicanze mediche. Vede la necessità che nella complicanza medica del fatto ostetrico non manchi mai la collaborazione dell'assistenza ostetrica a quella medica.

Discussione.

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Domanda se nelle gestanti malariche l'O. creda il travaglio prematuro riscontrato sia stato conseguenza del fatto meccanico da parte dei visceri contigui all'utero (milza) alla terapia chininica o all'infezione.

Dott. DI RUVO. — Indubbiamente il parto prematuro è dovuto alla infezione malarica.

Prof. PUCCINELLI (Roma). — *Sulle cause di morte materna in ostetricia.* — Ha fatto uno studio statistico su tutti i casi terminati in esito infausto negli ultimi quindici anni nella Maternità di San Giovanni in Roma, diretta dal prof. Micheli. Su 24 mila partorienti la statistica non epurata che comprende anche tutte le complicazioni mediche del parto, la mortalità risultò del *mezzo per cento.* Dall'esame di tutte le cause di morte l'O. trae conclusioni riguardanti specialmente la necessità della sorveglianza severa del periodo di gestazione e di alcune direttive generali sulla tecnica di vari interventi ostetrici.

Discussione:

Prof. MICHELI. — Dà conto delle condizioni dell'assistenza ostetrica nella sua Maternità, specie in riguardo all'accettazione delle gestanti ed al personale assistente non specializzato. Solo la severa organizzazione dell'assistenza da lui voluta costantemente può dunque aver il merito dei resultati ottenuti che debbono esser ritenuti soddisfacenti, limitata la mortalità globale materna al «mezzo per cento».

Prof. POLLITZER (Roma). — *Dati statistici sui neonati alla Maternità di S. Giovanni in Roma.* — Dal 1922 egli dà la sua assistenza pediatrica nella Maternità per invito del prof. MICHELI. La mortalità globale dei neonati nei primi sei giorni di vita è inferiore al 5% (inclusi anche gli immaturi dai 1000 grammi in su. In ordine di frequenza le cause di morte furono: la prematurità, le cause ostetriche. Per la prematurità la mortalità è maggiore nelle femmine; per la mortalità prenatale prevalgono i maschi (100 maschi, 60 femmine). Prevale per questa mortalità la lues, segue la tossicosi gravidica e poi le cause ostetriche.

Comunicazioni su temi di Radioterapia.

Prof. ARTOM DI SANT'AGNESE (Roma). — *Radiumterapia preoperatoria del cancro dell'utero.* — Ritiene tal metodo utile a migliorare le condizioni di operabilità in quanto serve a distruggere le masse vegetanti ed a sterilizzare la vagina. Peraltro la dose deve essere modesta, circa la metà che nella cura normale del carcinoma ed il tempo che decorre tra applicazione di Radium ed operazione deve essere limitato a poche settimane a scanso di trovare altrimenti, per le modificazioni regressive indotte dal Radium nei tessuti periuterini, gravi difficoltà operatorie. Un caso fu operato per via addominale dal prof. PESTALOZZA, altri tre dall'O., uno per via addominale, due per via vaginale. Fu notata una discreta congestione della pelvi, ma non vi furono particolari difficoltà, salvo nel caso operato dall'O. per via addominale; in questo la irradiazione era stata fatta a forte dose, e circa quattro settimane dopo, all'operazione, si riscontrò difficoltà estrema di allacciare le uterine, divenute friabili. Fu poi notato in due casi il mancato coalito nella mucosa vaginale.

Prof. BOLAFFIO (Roma). — *Alcuni risultati della actinoterapia del cancro dell'utero.* — Espone i risultati dell'irradiazione del cancro del collo dell'utero dopo 1-5 anni, dividendo i 360 casi nei soliti 4 gruppi e stabilendo le percentuali su tutti i casi curati; i casi perduti di vista considerati morti. Risultati dopo 4 anni: guariti 10 % su tutti i casi, 26 % sui casi dei due primi gruppi. Dimostra il progressivo miglioramento dei risultati con l'età sempre più avanzata e l'importanza dello stato di nutrizione. L'irradiazione combinata con radio e raggi dà risultati migliori di quella con soli raggi (sopravvivenza dopo due anni rispettivamente del 27 % e del 17 %). Espone, in base a esperienza personale, i pericoli delle dosi troppo alte o delle irradiazioni troppo ripetute e quelli dell'irradiazione di donne cachettiche. Propugna l'irradiazione post-operatoria, specialmente dopo operazioni vaginali economiche: dopo due, fin cinque anni, invariabilmente oltre 60 % di sopravvivenza.

Dott. SILENZI (Roma). — *I concetti attuali sulla dose nella curieterapia nel cancro dell'utero.* — Essa è in funzione della quantità di Radium. Elemento della durata, del filtraggio, della posizione dell'apparecchio rispetto ai tessuti. Riferisce le statistiche recenti, specie degli autori francesi, che registrano perfino il cento % di guarigioni nei casi operabili, il 25 % nei casi inoperabili. I disastri registrati nel passato sono attribuibili alla forte dose di Radium applicata in breve tempo, con scarso filtraggio.

I criteri per fissare la opportuna dose sono: 1) tipo istologico del tumore; 2) rapporto fra il numero delle cellule in riposo ed il numero di mitosi; 3) attività dello stroma di sostegno del tumore; 4) formula ematologica del malato.

Rileva l'opportunità, che il trattamento sia controllato continuamente da frequenti biopsie, tenendo sempre conto della Radium-sensibilità aumentata o diminuita in rapporto alle precedenti irradiazioni. In linea di massima si dichiara favorevole sempre la Roentgenterapia precedente; eventualmente alla isterectomia seguente la Curieterapia.

Discussione:

Dott. SPINELLI MAMELI (Napoli). — La sua casistica sull'argomento comprende circa 450 lati. Due cancerose trattate nel 1919 sono ancora viventi, esenti da recidiva. La percentuale media di sopravvivenza nei casi inoperabili di cancro uterino trattati da lui arriva al 10 % ed è dell'80 % e più nei cancri limitati del collo. Una tecnica actinoterapica ben eseguita non è mai dannosa, dà sempre una miglioria notevole. È favorevole alla combinazione radium-roentgenterapica. Fra le complicanze della cura ricorda casi di ematometro da atresia dell'orificio interno da radio, in un caso guarito con Roentgen.

Prof. ALFIERI (Pavia). — Ricorda casi di cancro uterino, venuti all'operazione dopo cure di radio. La cicatrizzazione delle ulcerazioni per la radiumterapia preoperatoria è utile diminuendo le condizioni di sepsi dell'operazione. Ha notato però sempre che tali cure preoperatorie radiumterapiche dànno luogo a qualche difficoltà tecnica nelle Wertheim per lo stato d'infiltrazione lardacea che provocano nei tessuti periuterini.

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Ricorda casi di radioterapia del cancro dell'utero da lui osservati con esito soddisfacente; domanda come il medico pratico debba intendere l'importanza della actinoterapia in confronto della cura chirurgica nel cancro dell'utero.

Prof. VOLPE CARLO (Napoli). — Constatò la maggior frequenza dell'infiltrazione neoplastica a sinistra del collo e del parametrio, e ciò probabilmente deve esser interpretato come conseguenza delle più frequenti lacerazioni da parto del collo uterino a sinistra e della maggior frequenza delle posizioni fetali in parti occipito-sinistre.

Prof. VERCESI (Genova). — Conferma i buoni risultati ottenuti con l'associazione della radiume della Roentgenterapia nella cura del cancro a quanto risulta da una centuria di casi trattati così alla Clinica di Genova. Conferma che i risultati della radioterapia sono migliori nell'età avanzata e nelle donne in buono stato di nutrizione.

Prof. OLIVA (Genova). — Non crede si sia autorizzati nei casi operabili di cancro a sostituire la cura operatoria con l'actinoterapia. L'actinoterapia post-operatoria è utile nella maggioranza dei casi.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Ha visto casi disgraziati, ma pur casi di guarigione miracolosa dopo cure radioterapiche del cancro dell'utero. Crede che l'avvenire della guarigione del cancro possa ben essere nell'actinoterapia, migliorata la tecnica.

Dott. SILENZI (Roma). — Concorda su la necessità di migliorare la tecnica actinoterapica per precisare il tempo di irradiazione, la dose, ecc. Ha visto anche lui che la radiosensibilità del cancro è minore nei casi già trattati altra volta.

Prof. ARTOM (Roma). — Per effetto di precedenti irradiazioni le cellule cancerose divengono radioresistenti, ma invece i tessuti normali vicinissimi al focolaio irradiato divengono radiosensibili e più facilmente sono quindi invasi dal neoplasma.

Prof. BOLAFFIO (Roma). — Nelle donne polisarciche si hanno più di frequente risultati buoni, forse per un fattore importante nella speciale costituzione di queste donne di fronte al cancro ed all'actinoterapia. Così come spiegare, che mai fu visto un cancro sopra un collo di utero prolassato, e ciò nonostante la maggior esposizione ai traumi? Questi fatti sono, come i dati di tecnica radioterapica, degni di studio per l'avvenire della actinoterapia del cancro.

Comunicazioni di argomento storico.

Prof. GUZZONI (Modena). — *Un gruppo ignorato di professori di ostetricia.* — L'O. ha avuto notizia di tali insegnanti l'ostetricia, consultando alcuni decreti napoleonici nell'Archivio Comunale ed Universitario Modenese per gli ultimi due secoli. Tali professori finora ignorati sono: ad Ancona, SPINI; a Belluno, DOVICO; a Bergamo, DOLCINI; a Brescia, MOSTI; a Fermo, VOLLER; a Vicenza, BALDINI; a Cremona, RIZZINI; a Forlì, SANTARELLI; a Ferrara, POLETTI, a Macerata, SANTIMOROSI; ad Udine, MEDICI; a Venezia, MORANI; a Verona, MONTAGNA; a Reggia E., DALLARIO; a Modena, CARLO PISA; a Faenza, PANTOLI; a Mantova, BELLARDI; a Como, BELLADONI e MAGATTI; a Novara, BIGNOTTI e BOTTERO; a Milano, GIANI.

Prof. GALL (Trieste). — *Chi inventò la manovra di Mauriceau?* (Nota storica). — L'O. con i testi originali dell'epoca alla mano, dimostra che MAURICEAU nè inventò nè descrisse per il primo la manovra che va col suo nome. Si tratta in realtà di un'antica manualità ostetrica, tramandatasi tradizionalmente all'Hôtel-Dieu di Parigi e di là passata nell'uso degli ostetrici privati. MAURICEAU contribuì a farla adottare in tutto il mondo, mediante il suo trattato, il che può giustificare la denominazione della manovra ostetrica alla quale e tosto in Germania vuol darsi il nome di *Veit-Smellie* i quali non apportarono ad essa alcun notevole contributo.

Prof. BIGNAMI (Cremona). — *L'ostetrico cremonese Pericle Sacchi.* — Ricorda la vita e l'attività ostetrica e sociale di PERICLE SACCHI che fu socio della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia, per farne giusta e degna commemorazione.

*
* *

Al termine dei suoi lavori, la Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, riunita in seduta privata, stabilisce di festeggiare l'anno prossimo (1926) il suo XXV Congresso, rendendo omaggio ai Soci promotori della sua fondazione — ancora viventi — prof. BEDESCHI (Ancona), prof. E. F. FABBRI (Modena), Prof. GUZZONI DEGLI ANCARANI (Modena), prof. MANGIAGALLI (Milano), prof. NEGRI (Venezia), prof. PESTALOZZA (Roma).

Prof. CESARE MICHELI, *Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il clono del piede.

I. Pereira (*Rév. neurol.*, 4 ott. 1925) ha eseguito sopra sè stesso (= soggetto normale) delle esperienze sopra il clono del piede che segue a una serie di contrazioni volontarie eseguite in una particolare posizione dell'arto inferiore: cioè, paziente seduto, gamba flessa sulla coscia a un angolo minore di 90°, piede appoggiante al suolo con la porzione metatarsica della pianta.

I risultati sono stati i seguenti: la frequenza delle contrazioni volontarie è pressappoco la stessa di quelle riflesse, (7 al secondo). La forza della contrazione muscolare volontaria, e l'angolo di flessione della gamba influenzano la frequenza del clono. La durata del clono è la stessa del raccorciamento volontario, ma non può essere sostenuta a lungo. La frequenza delle scosse cloniche si mantenne praticamente costante nelle due fasi del respiro.

Tutti sanno come si ammettano dai più un clono vero, manifestazione di una lesione piramidale, e un clono falso che si avrebbe senza alcuna alterazione anatomica del sistema nervoso centrale. L'esistenza di un clono in casi normali e patologici è incontestabile, ma le differenze tra il clono fisiologico e il patologico non sono che differenze quantitative, piuttosto che differenze incontestabilmente qualitative.

Circa la frequenza delle scosse cloniche tutti gli AA. sono concordi nel calcolarla di 7-10 per minuto secondo.

Tutti sono ugualmente d'accordo nel ritenere il tricipite surale responsabile del clono. Il disaccordo comincia quando si tratta di decidere la ragione della periodicità delle scosse cloniche. A questo proposito vi sono tre ipotesi.

1) La periodicità sarebbe la risultante delle azioni antagoniste dei muscolo flessori ed estensori del piede. Infatti Sherrington e altri hanno dimostrato che l'eccitazione simultanea dei m. antagonisti può produrre dei moti alterni di flessione ed estensione onde ne risulta una oscillazione ritmica dell'arto. Ma Noïca ha potuto provocare il clono in un soggetto con paralisi del tibiale anteriore per lesione periferica del n. popliteo esterno, e ciò prova che l'azione dell'antagonista tibiale anteriore non è necessaria. Ugualmente le ricerche dell'A. non sono favorevoli a questa ipotesi.

2) Il fenomeno dipenderebbe da contrazioni riflesse e periodiche dei m. della regione posteriore della gamba, il punto di partenza del riflesso essendo il tendine degli estensori. Il rilasciamento dei muscoli sarebbe dovuto a dei periodi refrattari che fanno seguito alle contrazioni precedenti. Salomonson vede nel clono delle contrazioni semplici che si sovrappongono a una contrazione tonica. È stato dimostrato che il raccorciamento permanente del muscolo è la condizione essenziale per la produzione del clono, e ciò porta l'A. a formulare una 3ª ipotesi. I movimenti clonici sono dovuti a inibizioni periodiche del raccorciamento permanente volontario o no dei muscoli estensori del piede. Ma l'A. non è favorevole a questa ipotesi.

Un'altra questione è quella della natura delle scosse cloniche. Sono esse semplici o tetaniche? L'A. in tutte le sue osservazioni ha sempre trovato dei diversi gruppi di oscillazioni per ogni scossa muscolare, il che proverebbe la loro natura tetanica.

Pereira conclude che non esistono due sorta di clono del piede (piramidale o vero, non piramidale o falso); o il clono esiste ed è di origine riflessa (fisiologica o patologica), o non esiste e si tratta di contrazioni muscolari volontarie periodiche. Il clono è composto di contrazioni isolate semplici che si sovrappongono a uno stato di raccorciamento prolungato di natura volontaria o involontaria. L. TONELLI.

Il riflesso plantare di Babinski negli stati tossici.

Il riflesso di Babinski è patognomonico di una lesione piramidale, ma si sa che, fisiologicamente, esso si trova nella prima infanzia. Inoltre, dopo le convulsioni epilettiche e in quelle uremiche si può egualmente ritrovarlo, sebbene in via del tutto transitoria.

F. M. R. Walshe (*Medical Science Abstracts e Reviews*, n. 4, luglio 1925) raduna in una rivista sintetica una serie di casi in cui, in seguito ad intossicazioni varie, il fenomeno si trovò presente.

Quando, ad esempio, le funzioni epatiche sono notevolmente alterate, ed a causa dello stato di colemia che ne consegue subentra il coma, senza attacchi epilettiformi, l'estensione plantare dell'alluce apparisce in maniera netta. Tale segno potrebbe anzi con probabilità servire in qualche caso per diagnosticare l'inizio della colemia.

In maniera analoga la ricerca è generalmente positiva negli avvelenamenti da cloroformio, il quale, come si sa, provoca una degenerazione grassa del fegato.

Nel caso di un bambino che aveva sofferto di tetano, il Babinski persistette per più di un mese dopo la scomparsa dei sintomi acuti.

Fra gli avvelenamenti capaci di permettere la dimostrazione del fenomeno sono stati citati quelli da stricnina, da morfina e scopolamina, sulfonale, veronal, ossido di carbonio. La scopolamina anzi è stata usata sperimentalmente in vari casi di Parkinsonismo postencefalitico, nei quali il riflesso plantare si compiva in modo normale. Dopo l'iniezione il riflesso si provocava in estensione per vario tempo, sì da far pensare che in tale malattia, in apparenza del solo corpo striato, esista una interferenza clinica latente e minima colle funzioni piramidali, svelabile con la scopolamina iniettata.

In ogni modo le nostre conoscenze sui vari stati tossici che possono provocare il fenomeno sono assai incomplete, e considerando che comunemente, in pratica, il riflesso plantare in estensione si interpreta come l'esponente di una lesione cerebrale grave, sarebbe utile che si compisse uno studio più accurato sul soggetto.

M. FABERI.

CASISTICA.

Le malattie della piega inguinale.

Sabouraud (*Journal des praticiens*, 18 luglio 1925) distingue le seguenti:

Eritrasma. Ha sede alla faccia interna della coscia, più spesso nell'uomo, a contatto con lo scroto, in forma di macchia rotonda o di molte macchie fuse insieme, rotonde, ineguali, scaglionate *al disotto della piega inguinale*, che non ne è oltrepassata. Colore uniformemente rosso-bruno, superficie secca e finamente squamosa; lesione non mai marginata, essenzialmente cronica che dà pochi inconvenienti. Si differenzia dall'eczema marginato perchè questo guarisce al centro, mentre si sviluppano i margini, finamente vescicolosi, e dall'intertrigo perchè questa ha sede *nella piega inguinale* che resta il centro di infiammazione.

L'eritrasma è dovuto al *Microsporon minutissimum*, che si riconosce al microscopio per i brandelli di micelio fini, con tramezzi irregolari. Il trattamento ne è facile e consiste in frizioni quotidiane con cotone imbevuto di tintura di iodio (g. 20) in liquore di Hoffmann (g. 180). Le frizioni devono essere rudi per decorticare l'epidermide malata; si applica poi uno strato sottile della pomata seguente: calomelano, tannino, ana cg. 30; vaselina g. 30. Si spolvera poi con talco. Dopo 8-10 giorni, si ha la guarigione, ma le recidive sono frequenti e richiedono il trattamento immediato.

Eczema marginato. Si osserva in tutte le pieghe naturali, ma ha la sua sede di elezione nella piega inguinale sinistra. All'inizio si ha una macchia rossa; man mano che essa evolve, il centro si scolora e guarisce, mentre i margini rossi, con fini vescicole, continuano a progredire eccentricamente. Le lesioni si estendono alla faccia interna della coscia, nel punto corrispondente allo scroto ed alla faccia interna dell'altra coscia, estendendosi talvolta alla piega della natica ed a quella pubica, con un aspetto simmetrico.

La diagnosi con l'eritrasma è tutta in ciò che questo è anzitutto un cerchio, cioè una superficie, mentre l'eczema è una circonferenza. L'eczema marginato è dovuto ad un *Tricophyton*, con filamenti micelici larghi ad aspetto di corona di rosario.

Si cura con frizioni quotidiane sul margine rosso di: tintura di iodio g. 20, alcoolato di lavanda g. 10, alcool a 80° g. 170. Per calmare l'irritazione, si applica poi una pomata di ossido di zinco a 1/10. Nei casi tenaci, si userà la crisarobina (g. 0.20) con ossido di zinco (g. 2) in vaselina (g. 20).

L'intertrigine inguinale ha sede nel fondo della piega inguino-crurale e si trova nel bambino grassoccio e nell'adulto obeso. Partendo dalla piega inguinale, invade la superficie cutanea con un rossore non uniforme, non policiclico, non marginato e può estendersi alle altre pieghe cutanee. Si tratta di un'affezione microbica streptococcica, dal trattamento delicato.

Nella forma larga ed acuta, usare il linimento oleo-calcare e, dopo 3-4 giorni, passare al trattamento delle epidermiti non infiammate. Nella forma umida, macerata, ma senza reazione infiammatoria intensa, usare il nitrato d'argento in soluzione debole (3.5 %) o forte (10 %); se vi è molta secrezione, usarlo al 5 %. Lasciar seccare e ricoprire con pomata all'ossido di zinco. Nella forma appena umida, ricorrere all'ittiolo a dosi deboli (5 %), poi forti (10 %) con resorcina (1 %), in acqua distillata. Si lascia seccare e si ricopre con pomata di ossido di zinco. Il trattamento è uguale anche se vi sono pustole disseminate; in caso di ragadi far precedere l'applicazione dell'acqua ittiolata da una spennellatura di « balsamo del comandante ».

Nell'intertrigo che si accompagna a congestione profonda degli individui anziani, si ottengono buoni risultati usando la tintura di iodio diluita dapprima a 1/40 in alcool ed aumentando progressivamente la concentrazione secondo la tolleranza. Far sempre seguire l'applicazione di pomata all'ossido di zinco.

fil.

La patogenesi della psoriasi.

Ricerche recenti nelle feci di un gran numero di pazienti di psoriasi hanno fatto constatare a Fleisher e Wachowiak dell'Università di St-Louis (rif. in *The Jour. of the Am. Med. Ass.*, sett. 1925) la presenza di monilie e di organismi a queste

molto simili. Talora tali parassiti furono ritrovati anche nel sangue e più spesso in colture ottenute dalle squame. Nelle feci di individui normali le monilie sarebbero assai rare, mentre nei malati di psoriasi si ritroverebbero nell'85 % dei casi.

Secondo tali autori, l'iniezione di emulsioni di tali parassiti uccisi apporterebbe un miglioramento rapido e sorprendente delle lesioni, mentre d'altro canto l'inoculazione di monilie vive riprodurrebbe in parte le lesioni epidermiche caratteristiche della psoriasi.

In ogni modo gli AA. riconoscono che le cause della psoriasi non sono forse uniche, e che le monilie potrebbero anche rappresentare uno dei fattori patogeni da associarsi agli altri di indole costituzionale, pei quali la cute verrebbe in qualche maniera ad essere sensibilizzata verso uno speciale agente morboso.

M. FABERI.

TERAPIA.

La frenicotomia nelle diverse malattie del polmone e della pleura.

Morone (*Annali Italiani di chirurgia*, fasc. 3, marzo 1923) fa delle interessantissime osservazioni su 66 casi personali di tubercolosi, bronchiectasie, ascessi polmonari, empiemi, deformazioni gravi del mediastino.

Come tecnica usò prima la resezione parziale (2 cm.) del nervo cervicale, poi la resezione ampia con sezione dell'anastomosi del frenico, e infine lo stiramento del nervo con strappamento quasi completo.

L'A. conclude considerando la frenicotomia un coadiuvante della toracoplastica, un paliativo per la tubercolosi pleuro-polmonare che controindichi il pneumotorace, ed una operazione spesso utile nelle suppurazioni polmonari non tubercolari.

L. TONELLI.

Il valore terapeutico dell'ossigeno nella polmonite.

Scoperto da Priestley nel 1774, indicato da Lavoisier come necessario alla respirazione ed alla vita, l'ossigeno venne ben presto ritenuto una panacea e si somministrò per terapia in tutte le forme in cui fu possibile. Ma ben presto le speranze fallirono e si riconobbe che la maggior parte dei metodi di somministrazione erano inadatti.

Recentemente il problema del trasporto dell'ossigeno nel sangue è stato ripreso da fisiologi inglesi come Haldane e Barcroft.

Binger (*New York J. of Medicine*, n. 22, 15 ottobre 1925), ricordando gli effetti dannosi provati su sè stesso durante una spedizione sulle alte Ande Peruviane dice di avere provato una intensa cefalea, palpitazione, dolore precordiale, dispnea, nausea, abbattimento quando la saturazione del proprio sangue arterioso con ossigeno scese da 95 a 84. Nei malati di polmonite la percentuale scende a 70 e si comprende come questi pazienti già sofferenti di una grave infezione, con forte tossiemia debbano risentire effetti dannosissimi che possono anche divenire mortali, da questa elevata anossiemia. È chiaro che si avrà grande vantaggio ad evitare loro i gravi disturbi cardiorespiratori e nervosi che l'anossemia provoca.

Purtroppo non esiste nessun metodo ancora, di facile utilizzazione per il medico pratico per la somministrazione dell'ossigeno. Questo infatti, per avere buoni effetti deve essere dato in modo continuo, sempre nella stessa dose, la sua concentrazione nell'aria deve raggiungere il 40-50 per cento. Haldane ha costruito una maschera che viene caricata da una specie di sacco in cui l'ossigeno è mantenuto sempre a una data concentrazione. Un'altra specie di maschera è stata proposta da Barach. Will Roth e altri han costruito dei speciali letti a baldacchino. Il metodo migliore, utile solo per ospedali è quello delle così dette camere a ossigeno, costruite appositamente a questo scopo e di cui ne esistono per ora due sole: una al Guy's Hospital in Londra, ed un'altra all'Ospedale del Rockefeller Institute di New York.

L'A. ha esperimentato in quest'ultima su molti casi; porta nel suo lavoro cinque originalissime grafiche dimostrando il comportamento della saturazione del sangue e dell'aria coll'ossigeno e gli effetti clinici di ciò.

I casi studiati sono oggi ancora troppo pochi per concludere; ma essi dimostrano: che l'ossigeno non è in alcun modo specifico contro la polmonite; che esso non è capace di salvare i pazienti colpiti da grave persistente batteriemia. Tuttavia esso è veramente di utilità enorme per fare scomparire la cianosi, migliorare lo stato psichico del malato, ridurre la frequenza del polso, e quella della dispnea, calmare l'agitazione, ridurre se non sopprimere il delirio, la sonnolenza. Esso può utilmente aiutare il paziente a superare i giorni critici finchè l'organismo abbia stabilito una sufficiente immunità per combattere l'infezione.

L. TONELLI.

Nell'asma e nel pseudo-asma.

Pr.

Caffeina, g. 2.
Joduro di sodio, g. 20.
Benzoato di sodio, g. 4.
Acqua cloroformica, g. 120.
Sciroppo semplice, g. 30.

S. Un cucchiaino da caffè ogni ora.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Il cloro nelle flogosi delle prime vie aeree. — All'abb. n. 3102:

Il cloro-gas per inalazione ha effetto profilattico e curativo nelle affezioni delle vie respiratorie alte; ma il metodo non è divenuto ancora alla portata dei malati.

Carrari, presso il Sabbatani, ha studiato fra noi l'argomento ed ha osservato che il gas-cloro viene fissato dalla mucosa nasale, dalla trachea e dalla laringe, non nella bocca e nella faringe. La fissazione di esso si ha solo fino ad un certo grado di concentrazione, oltre il quale il gas più non si fissa. BILANCIONI.

All'abb. n. 0445:

Ecco la formula della *pomata di* GAUDUCHEAU:
Cianuro di mercurio, p. 0.075.
Timolo, 1.750. — Calomelano, 25.
Lanolina, 50. — Vaselina, 23.175.
(V. La *prophylaxie antiseptique des maladies vénériennes*, par le dr. GAUDUCHEAU. — Librairie Maloine, Paris, 1921). V. MONTESANO.

VARIA.

Il trapianto del globo oculare.

In Francia ha prodotto viva impressione una notizia pubblicata su i giornali politici: un medico di Bordeaux sarebbe riuscito ad innestare un occhio sano nella cavità orbicolare di un cieco di guerra. La notizia, con evidente carattere reclamistico, non aggiunge che il cieco ha recuperato la vista: si tratterebbe quindi di un'operazione di semplice protesi estetica, ma senza alcun risultato di reintegrazione funzionale. Risultato poco o nulla soddisfacente, quando si pensi che alla protesi estetica oggi si provvede molto bene con l'applicazione degli occhi artificiali.

La notizia comunque ha rimesso in discussione la quistione sulla possibilità dell'innesto del globo oculare, quistione in verità non nuova in quanto numerosi tentativi erano stati fatti al riguardo con esito più o meno infelice. Koppanyi presentò al Congresso d'Oftalmologia di Vienna del 1921 topi con occhi trapiantati, le cui pupille presentavano una lenta contrazione all'azione della luce intensa. La comunicazione dette luogo ad una vivace discussione, dalla quale emerse che l'esperimento di Koppanyi non era conclusivo in quanto i topi erano rimasti ciechi, e che se i tessuti oculari erano suscettibili di rigenerazione, non per questo erano in grado di riassumere la loro complessa funzione.

Posteriormente Blatt e Gazda hanno ampiamente ed esaurientemente trattata la quistione giungendo a conclusioni perfettamente negative per quel che riguarda il recupero della funzione, pur essendo riusciti ad ottenere la rigenerazione degli occhi trapiantati. Questa rigenerazione, beninteso, è possibile solo quando il trapianto si fa tra animali della medesima specie e di specie inferiori; nelle specie animali superiori il trapianto con rigenerazione integrale è impossibile.

Al riguardo occorre tener presente che la nozione embriologica che nei vertebrati gli occhi si sviluppano come una dipendenza dal cervello e quindi sono costituiti da tessuti altamente differenziati la cui capacità di rigenerazione è minima o nulla, mentre negli invertebrati derivano dai tessuti epidermici, che non sono molto differenziati anatomicamente e funzionalmente.

Le argomentazioni di Koppanyi tendenti a dimostrare il recupero della vista dei topi operati a mezzo del loro contegno non sono convincenti. La constatazione che i topi saltavano nelle gabbie, dove erano tenuti dopo l'operazione, non prova nulla, perchè i topi ciechi saltano lo stesso, anzi sono proprio quelli che vedono che non saltano affatto. E la conservazione della cornea e del cristallino dell'occhio trapiantato non prova la capacità di visione dell'occhio trapiantato.

Blatt sperimentò su 400 pesci, 80 conigli e 40 polli. L'occhio enucleato fu rimesso a posto nella medesima cavità orbitaria dal quale era stato prelevato. Ottenne la guarigione anatomica in 26 pesci, in 2 conigli, in nessun pollo. Nei casi guariti i muscoli trapiantati con il globo oculare ripresero i loro movimenti regolari.

Sono interessanti gli esperimenti fatti da Blatt per saggiare la sensibilità visiva dei pesci operati. L'ambiente nel quale trovavasi l'acquarium era completamente al buio e quando lo s'illuminava con una forte lampada elettrica i pesci normali si agitavano violentemente, i pesci con ambo gli occhi trapiantati rimanevano completamente immobili, quelli con un solo occhio trapiantato si comportavano come i normali.

I due conigli, nei quali si verificò la guarigione anatomica degli occhi trapiantati, si comportavano come ciechi. Nelle prime 3-4 settimane dopo l'operazione, le pupille presentavano un lento e debole movimento di restringimento alla luce molto viva. Questo fenomeno non può considerarsi come prova di visione, essendo risaputo che esso può verificarsi negli occhi enucleati e posti in soluzione fisiologica calda.

Gli esperimenti adunque fatti finora tendono a negare ogni possibilità di ricupero della vista mediante trapianto di globi oculari. Alle considerazioni finora esposte occorre aggiungere che anche se la cosa fosse possibile per gli animali, le difficoltà tecniche per l'uomo sarebbero ben gravi, tenendo conto anche che la provvista del materiale di trapianto sarebbe tutt'altro che facile.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XI. — Invalidità fisica sopravvenuta durante il concorso: invalidità di guerra e idoneità specifica.

L'invalidità fisica è ragione per escludere un candidato da un concorso ad impieghi e per non procedere alla nomina del concorrente designato, anche quando la inabilità sopravvenga dopo l'esperimento del concorso.

I titoli di preferenza che gli invalidi di guerra hanno per l'ammissione ai pubblici impieghi non escludono la necessità che essi posseggano quel minimo di idoneità fisica che è necessario per l'ufficio cui debbono essere nominati.

Quando tale ufficio e quello militare per il quale la invalidità è stata constatata siano analoghi, come nel caso di un ufficiale medico che aspiri al posto di *primario in un ospedale*, le ragioni che hanno determinato il giudizio di invalidità per parte dell'autorità militare possono valere per negare la nomina all'impiego civile.

Crediamo utile riportare di questa importante decisione della IV Sezione del Consiglio di Stato (18 luglio 1925, ric. Marro) la motivazione sostanziale:

(*Omissis*).

Esclusa ogni violazione di giudicato e, come si dirà in seguito, ogni violazione di norme speciali a favore degli invalidi di guerra, occorre ricercare obbiettivamente se il giudizio di inidoneità fisica è in aperta contraddizione con gli elementi che il consiglio, nel pronunciarlo, aveva a sua disposizione.

Nessun dubbio che la dichiarazione d'inabilità anche permanente al servizio militare pronunciata agli effetti di assegnare una pensione non può essere per sè sola una causa di esclusione dall'impiego civile a cui per qualsiasi causa possa aversi diritto: affermare il contrario significherebbe mettersi in aperta contraddizione, come ben rileva l'associazione interveniente, con le disposizioni le quali fanno della invalidità di guerra titolo di assunzione al pubblico impiego o per lo meno titolo di preferenza. Ma, d'altro canto, il legislatore non ha voluto, e non poteva volere, che pubblici impieghi si conferiscano a persone fisicamente inadatte a disimpegnarli: ma esso è partito dal concetto altre essere le condizioni di idoneità fisica occorrenti per un impiego civile, altre quelle cui si riferisce la visita medico-militare nel constatare la inabilità. In fatto, rimane a constatare se quelle condizioni fisiche che producono la inabilità siano tali da non escludere la idoneità all'impiego civile: quando non si è in alcuno dei casi per cui forme speciali di accertamento sono imposte dalla legge, e che nella specie non siasi in alcuno di questi casi non è dubbio, questo accertamento costituisce un giudizio di merito attribuito alla autorità chiamata a procedere alla nomina. E non solo non è illegittimo, ma è perfettamente logico e naturale, che, nel determinare quali obbietivamente siano le deficienze fisiche dell'invalido, si piglino come base i verbali di visita medico-militare, salvo ad apprezzare le conseguenze di quelle deficienze fisiche in rapporto al diverso oggetto di cui si tratta: per la constatazione obbiettiva di quelle deficienze, quei verbali, quando accettati, hanno, oltre il valore derivante dalla competenza e dall'autorità delle persone da cui emanano, un valore anche di confessione degli interessati. Per di più, tra le molte divagazioni a cui le parti si sono abbandonate nella causa presente, è sfuggita una circostanza particolare di importanza non poca, la quale elimina ogni pericolo che la decisione di questo collegio possa, come l'associazione interveniente teme, costituire pericoloso precedente: in genere, vi è differenza sostanziale tra il servizio per cui la commissione medico militare ha pronunciata la inabilità, e l'impiego civile che si tratta di conferire, mentre, nella specie, trattandosi di un già maggiore medico il quale aspira ad un posto di chirurgo primario di ospedale, tra l'uno e l'altro non vi è differenza di sostanza, ma, tutto al più, di modalità: in questa condizione di cose, se pure il consiglio di amministrazione si fosse pronunciato in base alla semplice lettura dei verbali di visita medico-militare, non sarebbe agevole, in sede di legittimità, censurare il suo atto; ma, poichè ha creduto opportuno invitare una commissione tecnica a dire se le già constatate deficienze fisiche fossero tali da escludere anche l'idoneità per le funzioni di chirurgo primario di ospedale, non solo non lo si può accusare di eccesso di potere, ma deve riconoscersi che esso ha agito in modo cauto e prudente.

Tre circostanze si sono fatte campeggiare per combattere il provvedimento del consiglio d'amministrazione: l'essere la causa di inidoneità posteriore all'epoca in cui il Mantelli avrebbe po-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

tuto, e, dicono i resistenti, avrebbe dovuto essere nominato; il non avere la commissione medico-militare proceduto a visita personale diretta; la non constatata perpetuità delle condizioni di inidoneità.

Nessuna di queste censure può resistere ad una critica alquanto accurata.

Non la prima. Ben potrebbe affermarsi che i fatti i quali hanno indotto a ritenere la inidoneità fisica del Mantelli sussistevano fin dall'epoca della prima visita medico-militare, e, quindi, antecedentemente al concorso. Già allora, infatti, egli, descrivendo le sue condizioni fisiche con la competenza che gli veniva dalla sua qualità di medico, parlò di grave astenia, che lo costrinse a cure ricostituenti con iniezioni; parlò di fenomeni morbosi di carattere setticemico, di alternative di riacutizzazione e di miglioramenti; affermò che, non ostante il miglioramento allora di recente verificatosi, sussistevano ancora reliquati dei subiti fenomeni morbosi ed un accentuato stato varicoso dell'arto inferiore sinistro: « fatti tutti, sono parole testuali, che gli impediscono di potere attendere alle sue normali occupazioni ».

Anche allora l'esame obbiettivo constatò tremore delle dita e delle mani protese, fenomeno di cui, anche col semplice buon senso, si deve riconoscere la importanza per cui è chiamato alla esecuzione di opere chirurgiche. Ad ogni modo, quando non si voglia sacrificare agli interessi privati del medico, certamente resi anche più rispettabili dalla sua qualità di invalido di guerra, la sicurezza dei ricoverati nell'ospedale, bisognerà riconoscere che, qualunque possa essere stata la ragione del ritardo nella nomina, la idoneità fisica del medico al momento in cui ad essa nomina si procedeva era condizione indispensabile e che lo stesso dubbio naturalmente derivante dalla qualità di invalido imponeva in modo speciale di accertare. Nè è il caso di andar ricercando quando il consiglio di amministrazione ebbe conoscenza del reale stato di cose: certo il semplice fatto che i verbali di visita medico-militare siano stati presentati all'atto della discussione dei precedenti ricorsi, non prova che gli amministratori ne abbiano avuta reale conoscenza; ma, ad ogni modo, qui non si tratta di fare il processo alle intenzioni degli amministratori, ma, lo si ripete, di giudicare obbiettivamente della legittimità del provvedimento. Se nelle precedenti deliberazioni, pure escludendo il Mantelli per altre cause, ogni accertamento sulla sua idoneità fisica era stato trascurato, ciò non significa che, alla nomina dovendosi nuovamente procedere, su questo importantissimo punto non potesse e dovesse il consiglio di amministrazione soffermarsi.

Non la seconda. Già in precedenza si è detto che era perfettamente legittimo ritenere le condizioni fisiche del Mantelli a sufficienza documentate dalle constatazioni dei verbali di visita medico-militare e, quindi, una nuova visita potè non sembrar necessaria. Se, non ostante che, a differenza del primo verbale, il secondo non conteneva alcuna prognosi di miglioramento, la commissione incaricata dal consiglio avesse creduto possibile una modificazione sensibile durante il tempo posteriormente interceduto, essa stessa non avrebbe mancato di rilevare la necessità di una nuova visita: se essa non la ritenne necessaria, se non la ritenne necessaria nella sua maggioranza il consiglio di amministrazione, che su questo punto non mancò di discutere, è questa materia di apprezzamento che eccedeva i limiti della competenza del prefetto e del ministero, come eccede quelli della competenza di questo collegio. E così pure era fuori dei limiti della competenza del prefetto e del ministero discutere del valore che potessero avere contro le conclusioni dell'autorevole commissione i certificati dal Mantelli presentati, come lo stesso ministero ha, d'altronde, riconosciuto: giova solo osservare che l'ufficio d'igiene come tale era chiamato a rilasciare certificati di quel genere e, quindi, il documento perde qualsiasi carattere di ufficialità; e che, pure ammettendo che il Mantelli sia riuscito a compiere lodevolmente il suo dovere in ospedali di piccola importanza, ciò non contraddice al giudizio della commissione, che lo ha ritenuto fisicamente inidoneo per un ospedale di importanza considerevole.

Non la terza. Ammesso pure che la temporaneità dell'assegno importi che, se una previsione non solo di guarigione, ma anche di semplice miglioramento non si potè nel secondo verbale fare, per lo meno non ne era esclusa la possibilità, ciò non basta a rendere censurabile il provvedimento dell'amministrazione: certo, si trattava di uno stato di cose non transitorio; ma, anche a giudicare dalla durata dell'assegno, certamente destinato ancora a durare per un periodo non breve, non si poteva imporre all'ospedale nè di assumere in servizio un chirurgo attualmente inidoneo fisicamente, con la vaga speranza di un miglioramento attualmente non prevedibile, nè di tenere, in attesa che questa speranza si verificasse, il posto vacante.

Per questi motivi, ecc.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Municipio*. — Capo del Laboratorio batteriologico. Vedi fasc. 1. Scad. 10 marzo.

CASTEL CAMPAGNANO (*Caserta*). — Al 10 feb.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; oltre L. 2400 cav. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.15. Se uff. san. L. 500. Docum. a 3 mesi dal 20 dic.

CASTELFRANCO VENETO. *Ospedale Civile*. — Proroga al 15 feb. med.-chir. assist. Vedi fasc. 3. Percentuali proventi operaz. chirurgiche e ambulatorio.

FIRENZE. *Spedale di S. Giovanni di Dio*. — Direttore chirurgo primario; vedi fasc. 3. Scad. ore 16 del 20 feb.

FORLÌ. *Municipio*. — Direz. Dispensario Antivenereo. Alle ore 18 del 24 feb. Titoli ed esami. Onorario L. 4000 annue, esclusa ogni altra indennità. Tassa L. 25.10. Chiedere annunzio. Serv. entro 20 gg. Nomina e conferma triennali. Doc. a 3 mesi.

GREVE IN CHIANTI (*Firenze*). — *Ospedale Civile Rosa Libri*. — Direttore; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre i c.-v. Età lim. 50 a. Tassa L. 50.15. Docum. a 4 mesi dal 1° gen. Alloggio in quartiere dell'Ospedale e illuminaz. Tariffa per gli abbienti. Al 15 feb. Serv. entro 30 gg.

LAINATE (*Milano*). — Scad. 5 feb.; L. 10,500 e 5 quadrienni dec.; oltre i mille pov. addizion. L. 3 annue. Mezzi di trasporto L. 2000.

MELMA (*Treviso*). — Scad. ore 12 del 13 feb.; L. 8000, c.-v., indenn. trasp. Se uff. san. L. 600. Apposita abitazione comunale con luce, verso modico fitto. Tassa concorso L. 50.10.

MOLTENO (*Como*). — Consorz. 4 comuni; proroga al 31 gen., ore 17. Vedi fasc. 1.

MONTAZZOLI (*Chieti*). — Scad. 30 gen. Ab. 2577, pov. 50. L. 9000 e assegno uff. san. Tassa L. 50.

ORTE (*Roma*). — 1ª cond. med.; L. 9500 per 1000 pov. Cond. chirurg. e direz. Ospedale; L. 12,500. Pei due posti 5 quadrienni dec. e c.-v. Scad. 15 feb. Serv. entro 15 gg. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

POMARO (*Alessandria*). — Scad. 31 gen.; L. 7000 e 4 quinq.; mezzo trasp. L. 500; uff. san. L. 500.

PONTELONGO (*Padova*). — Condizioni comuni 2ª categoria della provincia; abitazione. Chiedere annunzio.

PORDENONE. *Ospedale Civile di S. Maria degli Angeli*. — A tutto il 31 gen. primario medicina; vedi fasc. 1.

PRATOVECCHIO (*Arezzo*). — Scad. 31 gen.; L. 9000 e 1 c.-v.; 4 quadrienni dec. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10. Cavalc. fornita dal Comune.

PREDAPPIO (*Forlì*). — Al 31 gen., 2ª cond.; lire 10,000 e 10 bienni ventes.. doppio c.-v.; per cav. L. 3000; pov. 600 su 2379 ab. Tassa L. 50.10.

RIVOLTO (*Udine*). — Alle ore 17 del 31 gen.; L. 9000 oltre L. 600 serv. att. e L. 3000 trasp.; c.-v.

ROMA. *Ministero della P. I.* — È bandito il concorso alla cattedra di anatomia patologica presso la R. Università di Perugia. Scad. 30 gen.

S. GIORGIO LOMELLINA (*Pavia*). — Alle ore 17 del 31 gen.; L. 11,000 iniziali. Maggiori chiarimenti dalla Segreteria Com.

SANGIUSTINO (*Perugia*). — Scad. 31 gen.; vedi fasc. 3.

SARNANO (*Macerata*). — Al 30 gen., ore 18; 2ª cond.; L. 9000 e 3 quadr. dec., 2 c.-v. meno L. 780; trasp. L. 500-2500. Abit. 3000. Addizionali. Tassa L. 50.15.

TARANTO. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Taranto. Scad. ore 12 del 31 gen. Vedi fasc. 3.

UMBERTIDE (*Perugia*). — 5ª cond.; L. 10,000 e 2 c.-v. decurtati di L. 780.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'on. prof. Francesco Paolo Sgobbo, titolare della cattedra di elettroterapia e radiologia presso la R. Università di Napoli, è stato chiamato a far parte, quale membro elettivo, del Senato Accademico dell'Università stessa.

La Fondazione Pagliani di Torino ha conferito una medaglia d'oro al prof. Giuseppe Sangiorgi di quella Università per le benemerenze acquisite sulla propaganda igienica compiuta attraverso numerose pubblicazioni di notevole valore.

Il Comitato segreto dell'Accademia di Medicina di Parigi si è recentemente adunato per procedere alla votazione sul premio Principe Alberto I di Monaco, dell'importo di franchi 100,000. Erano candidati i dottori Hedon e Laguesse (collaboratori) e il dott. Nageotte.

I primi due turni di votazione furono nettamente a favore dei primi due candidati, senza però raggiungere il minimo di due terzi dei voti, prescritto dal regolamento; al terzo turno il premio fu assegnato ai due suddetti candidati, con 48 voti, contro 25 a favore del dott. Nageotte.

Il dott. E. Hedon, professore di fisiologia a Montpellier, e il dott. E. Laguesse, professore di istologia a Lilla, sono autori della memoria: « Scoperta della secrezione interna del pancreas e organizzazione del lavoro scientifico », che è valso loro il vistoso premio.

Nello scorso mese di dicembre ha avuto termine il concorso per esame e per titoli al posto di aiuto specialista nell'Ospedale di S. Maria e S. Gallicano in Roma. È riuscito vittorioso il dott. Umberto Granelli col quale la Commissione esaminatrice si è compiaciuta per il brillante esame subìto. Congratulazioni ed auguri *ad maiora* al nostro amico Granelli.

NOTIZIE DIVERSE.

La scuola medica ospedaliera inaugurata a Napoli.

L'11 gennaio, in forma solenne, alla presenza delle principali autorità civili e militari, dell'alto commissario Castelli, delle più spiccate personalità mediche napoletane, ebbe luogo in un salone dell'Ospedale degli Incurabili l'inaugurazione della Scuola Medica Ospedaliera. Parlò per primo il prefetto Marcialis, commissario governativo per le opere pie nella città; a lui fece seguito il prof. Tedeschi.

Prima che la cerimonia avesse termine venne inviato un telegramma al primo aiutante di campo del Re esprimente le condoglianze della classe medica napoletana per la dipartita della Regina Madre.

Le autorità e gli invitati visitarono poi i locali della Scuola Medica Ospedaliera.

Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana.

Scopo di questa istituzione, dovuta alla iniziativa del dott. Vincenzo Lenzi, è di mettere in condizione gli studenti del 2° triennio di medicina ed i medici di osservare direttamente gli infermi, di rendersi edotti delle questioni d'igiene privata e pubblica e delle perizie medico-legali, e di addestrarsi nelle esercitazioni pratiche. I corsi sinora fissati sono ventiquattro. L'iscrizione alle lezioni è gratuita. Per ogni corso di esercitazioni pratiche l'iscritto, studente o laureato, corrisponde una retta di L. 50. Si tengono a parte corsi di preparazione per gli esami di Stato, e si assistono i lavori per tesi di laurea. L'inaugurazione della Scuola ebbe luogo nell'aula delle lezioni (ingresso a via S. Aniello a Caponapoli, n. 2), il 30 novembre, con una relazione del dott. Vincenzo Lenzi e con un discorso del presidente del Comitato Direttivo, prof. Andrea Ferrannini, sull'argomeno: « La praticità in medicina ».

Corso di perfezionamento in medicina del lavoro.

Dal 25 gennaio al 25 marzo si terrà a Napoli, presso la Clinica per le Malattie Professionali (Ospedale Gesù e Maria) della R. Università, e per medici, un corso di perfezionamento in medicina del lavoro, con lezioni teoriche, esercitazioni pratiche di clinica e di laboratorio, visite agli stabilimenti industriali e agli Istituti di Previdenza. Per iscriversi presentare domanda all'Economato della R. Università, corredandola del certificato di laurea e versando la tassa L. 200. Previo esame finale sarà rilasciato un diploma: per i migliori esami sono assegnate L. 500 di premio, offerte dalla ditta I.R.T.A. di Roma.

La prima riunione è per le ore 15 di lunedì 25 gennaio, nella Clinica suddetta.

Per l'autorizzazione a viaggiare come medici di bordo.

La *Gazz. Uff.* del 31 dic. 1925 n. 2557 pubblica il R. D. 29 nov. 1925 n. 2288 che reca modificazioni ed aggiunte al vigente regolamento sulla Sanità marittima, in merito all'autorizzazione a viaggiare come medici di bordo.

Nel prossimo numero pubblicheremo il decreto stesso, un commento del dott. Ribolla e due ordini del giorno votati da un'assemblea di medici di marina mercantile.

Onoranze ad Alberto Lutrario.

Avendo il Lutrario lasciata la Direzione generale della Sanità pubblica dopo un ventennio di intensa ed efficace operosità, i funzionari che l'ebbero capo stimato ed amato vollero testimoniargli la propria riconoscenza e la propria ammirazione. Ricordavano il riordinamento e la coesione ch'egli aveva dato alla amministrazione, l'impulso ad una profilassi meglio intesa della tubercolosi, della malaria e delle malattie veneree, ma soprattutto la integrazione potente dei servizi sanitari durante la grande guerra e il prestigio conquistato nel mondo sanitario internazionale dopo la pace di Versailles.

In riconoscimento di così alti meriti coloro che furono più da vicino e meglio conobbero le virtù del Lutrario fecero per lui coniare una medaglia d'oro.

Il suo degno successore e già collaboratore nella vasta opera della Direzione della sanità pubblica italiana ha voluto rendersi lui stesso interprete di questi spontanei sentimenti e, con parole improntate alla più schietta verità e all'amicizia più viva, ha rievocato le qualità e i successi del Lutrario, fra gli applausi dei presenti

Questa festa, svoltasi nell'intimo della famiglia della Sanità pubblica, ha lasciato nei presenti il più dolce ricordo e ha trovato al di fuori l'assenso più completo fra quanti hanno seguito il lavoro e lo sviluppo della Direzione generale della Sanità pubblica in quest'ultimo e fortunoso periodo della vita italiana.

Per un omaggio ad Enrico Morselli.

Ad iniziativa di un Comitato composto dei dottori Masini, Portigliotti e Prigione, nell'aula della Clinica psichiatrica di Genova, Manicomio di Paverano, verrà collocato un busto in bronzo che ricordi l'effige di Enrico Morselli e che rappresenti l'omaggio dei medici dei Manicomi italiani al Clinico illustre, uscito dal loro seno.

La cerimonia dello scoprimento, di carattere familiare, avrà luogo nella primavera prossima e sarà indipendente dalle onoranze ufficiali, che verranno tributate al Maestro nell'epoca non lontana in cui Egli dovrà lasciare l'insegnamento.

La quota di adesione è limitata a L. 25; i nomi degli offerenti verranno pubblicati sulla « Illustrazione Medica Italiana », diretta dal Masini.

Indirizzare le adesioni al prof. M. U. Masini (Casella postale 1481 — Genova).

III Congresso dei Dermatologi e Sifilografi di lingua francese.

Si adunerà a Bruxelles dal 25 al 28 luglio. I temi all'ordine del giorno sono: 1. Tubercolidi; relatori: Pantrier (Strasburgo) e Schumann (Stocolma); 2. Herpes e zona; relatori: Levaditi (Parigi) e Flandin (Parigi); 3. Purpure; relatori: Lespirme e Ferond (Brusselle), P. G. Weill (Parigi)

e Roskam (Liegi); 4. Reinfezione, pseudoinfezione, superinfezione sifilitiche; relatori: M. Pinard (Parigi), Carle (Lione) e Bernard (Bruxelles); 5. Turbe endocrine d'origine eredo-luetica; relatori: A. Leri e Barthélêmy (Parigi), Nicolas e Carré (Lione); 6. Lo stato attuale dei trattamenti del lupus e delle tubercolosi cutanee; relatori: François (Anvers), Kalkin (Liegi) e L. Dekeyser (Brusselle). Per le adesioni, che si prega d'inviare prontamente, per i programmi e per qualsiasi informazione rivolgersi al segretario generale dott. L. Dekeyser, 9, rue des Sablons, Bruxelles (Belgio).

Per una nuova Università negli Stati Uniti.

Il sig. James B. Duke aveva già donato 40 milioni di dollari, e ne ha lasciati morendo altri 10, per la fondazione e il funzionamento di una Università a Durham, che recherà il nome di « Duke University ». Complessivamente, quelle somme equivalgono ad un miliardo di lire it. Per gli edifizi della Scuola Medica, compresi un ospedale e una casa delle infermiere, e per l'arredamento di essi, non si dovrà spendere più di 4 milioni di dol. (100 milioni di lire it.); per il funzionamento della Scuola Medica sono riservati 6 milioni di dol. (150 milioni di lire it.).

L'Accademia di Medicina di New York.

Il 30 ottobre u. s. venne posta la prima pietra del nuovo edifizio che allogherà l'Accademia di Medicina di New York. La spesa viene sostenuta col concorso delle Istituzioni Carnegie e Rockefeller, le quali hanno assegnato all'Accademia la somma di 3 milioni di dollari, pari a circa 80 milioni di lire it.; con questo fondo si provvederà anche a riordinare la biblioteca, destinandovi un bibliotecario e vari impiegati, a pubblicare un bollettino mensile, ad istituire un Ufficio d'informazioni ed un Comitato sull'insegnamento medico; queste azioni verranno coordinate con quelle dell'Associazione Medica Americana e dell'Associazione Americana delle Scuole Mediche.

Alla cerimonia suddetta parlarono il presidente dell'Accademia, dott. Samuel A. Brown, e il clinico chirurgo della Columbia University, prof. George D. Stewart.

A dirigere la biblioteca è stato recentemente chiamato il dott. Thomas Archibald Malloch.

Il numero dei medici in Austria.

Da una relazione del Ministero della sanità pubblica per il 1924 si rileva che nell'intera repubblica alla fine dell'anno esercivano 7169 medici, ossia uno ogni 912 abitanti, con un incremento di 150 sul 1923, quando se ne contava uno ogni 928 abitanti. A Vienna i medici raggiungono la cospicua cifra di 4051, ossia oltre la metà del totale, con uno ogni 461 abitanti; nei distretti rurali prossimi a Vienna essi sono 562, ossia uno ogni 1716 abit. La massima densità di medici si nota a Innsbruck, sede d'università, con 198 medici, il che fa uno ogni 298 ab.; segue Graz, altra sede universitaria, con 461 medici, ossia uno ogni 334 abit.; la minima densità si è avuta a Vögelmarkt, con 16 medici, ossia uno ogni 3494 abit.

Pierre Janet in America.

L'illustre professore di psicopatologia al « Collège de France » ha tenuto un ciclo di conferenze nell'Università di Messico, a titolo di scambio. In seguito ad invito, ha tenuto anche varie conferenze a New York (Accademia di Medicina, Società Neurologica, Columbia University), Filadelfia (Ospedale Generale e Università) e in altri centri degli Stati Uniti; ha ricevuto ovunque cordiali accoglienze.

Sequestro di periodico.

È stato sequestrato il 1° numero dell'anno de « L'Avvenire Sanitario » per un articolo del prof. G. Sanarelli dal titolo « Verso la crisi della cultura scientifica nazionale ».

Esplosione nella bocca di un paziente.

Si è svolta a Londra una causa giudiziaria contro il chirurgo Percival Cole, perchè, nell'operare un ragazzo sedicenne, che aveva riportato la frattura della mandibola in un accidente automobilistico, stimò necessario di prosciugare i denti per mezzo di aria calda dopo averli umettati con alcool, affinchè il cemento aderisse; l'anestesia era stata prodotta e mantenuta per mezzo di etere ed ossigeno; alla terza applicazione della doccia d'aria calda, avvenne un'esplosione nella retrobocca, seguita da grave emorragia e da morte entro 10 minuti.

Al processo il dott. Cole potè dimostrare che, durante la guerra, erano passati per le sue mani circa 1600 casi congeneri, trattati tutti allo stesso modo, senza incidenti. Anche l'assistente anestetista aveva partecipato a circa 1200 operazioni similari, senza che si avessero esempi di esplosioni.

Il giurì pronunziò verdetto di assoluzione.

Nuovo abbonamento a prezzo di favore.

L'Italia che scrive, rassegna per coloro che leggono, supplemento mensile a tutti i periodici, fondata, diretta e pubblicata da A. F. Formiggini, editore in Roma, entra nel suo nono anno di vita fervida e feconda, fedele al suo intento di creare una coscienza libraria e di contribuire alla fortuna della editoria nazionale.

A. F. Formiggini ha saputo affermare i *Classici del ridere*, i *Profili*, le *Apologie*, le *Medaglie*; sta per lanciare le *Lettere d'amore*, le *Polemiche* e le *Cartoline parlanti*; ha concepito e sta organizzando il *Censimento de l'Italia che legge*, prezioso indirizzario meccanico per il lancio di libri e riviste; ha aperto nel cuore di Roma una *Biblioteca circolante* modello e prepara la *Enciclopedia delle Enciclopedie*, grande repertorio sistematico ed alfabetico per materie in 18 volumi di mille pagine a due colonne in quarto.

L'Italia che scrive che è la prima, la più vivace, la più diffusa rivista bibliografica italiana, è offerta ai nostri abbonati con una notevole riduzione sul prezzo già irrisorio d'abbonamento: a L. 12.50 invece di L. 15 per l'Italia, a L. 15 invece di L. 17.50 per l'estero.

Inviare vaglia *direttamente* ad A. F. Formiggini, editore in Roma (vicolo Doria 6-A), allegando la fascetta del nostro periodico.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riforma Med., 15 giu. — A. PELLEGRINI. Mutilazioni e cinematizzazioni. — G. TERCIONE. Psicolessia.

Arch. di Patol. e Cl. Med., giu. — B. DE VECCHI. Il processo endocarditico. — S. LA FRANCA. Alterazioni della funz. cardiaca nelle infezioni.

Münch. Mediz. Woch., 10 lug. — O. BUMKE. 50 anni di psichiatria. — L. NIELSEN. Il quadro morboso dell'arterioscler. — H. LANGE. Le cause dell'astenia.

Deutsche Med. Woch., 10 lug. — M. HENKEL. Sull'emostasi nelle emorragie *post partum*. — H. HERXHEIMER. Apparecchio semplice per determinare il ricambio basale. — J. W. SAMSON. Reinfezione esogena nella tbc. polm. — E. STERN. Psicologia dei tbc.

Journ. de Méd. de Paris, 4 lug. — Num. sulla crenoterapia.

Rev. Méd. de Barcel., giu. — A. PLANELL. La cesarea di Portes. — S. GODOY. Igiene del latte.

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst., 10-25 apr. — Numero sugli estratti ipofisari in ostetr.

Brit. Med. Journ., 11 lug. — B. MOYNYHAN. Radiologia e chirurgia.

Lancet, 11 lug. — K. FABER. La sanocrisina nella tbc. polm.

Haematologica, gen. — P. RUNFOLA. Rapporti tra monociti e lipoidi bacillari nella tbc. — I. FAZZARI. Colture *in vitro* di milza.

Presse Méd., 27 giu. — C. RICHET. La scienza metapsichica. — J. ELGART. Endectomia nelle colecistiti: ablazione della mucosa.

Riv. San. Sicil., 1 lug. — L. PHILIPPSON. Valore clin. della r. W.

Gaz. d. Hôp., 30 giu. — F. TERRIEN. Irite e glaucoma.

Bull. Méd., 1 e 4 lug. — JALONSTRE. Il cerio e il torio in terapia.

Arch. de Med., Cir., ecc., 4 lug. — R. ARGÜELLES. Importanza della meccanica muscolare nel trattam. delle fratture.

Soc. d. Hôp., 25 giu. — G. VARIOT. Carenza solare nella patogenesi del rachit. — F. NIDEL, E. MAY e ISCH-WALL. L'infarto polmon. post-arsenobenzolico.

Mediz. Klinik, 3 lug. — M. HENKEL. Le malattie infiammatorie degli annessi. — A. TSCHERMAK. Il nervus depressor inferior aortae. — O. M. CHIARI. Le affezioni delle vene mesenteriche dopo l'appendicite.

Münch. Med. Woch., 3 lug. — A. VOGT. L'oftalmoscopia alla luce priva di rosso. — F.-V. v. HALM. Studi colloidochimici nell'emoglobinuria parossist. — P. LINSER. Trombizzazione artificiale nelle flebiti croniche.

Deut. Med. Woch., 3 lug. — H. STRAUSS. Il dolore gastrico. — L. F. MEYER e K. BAMBERG. Vomiti ciclici acetonemici nell'infanzia e loro terapia insulinica. — H. LEITER. L'infezione sorda nella genesi dell'immunità. — G. JOSEPH. Trattamento del seno pendulo.

Giorn. Medico Prat., giu. — C. FEDELI. Sulla trasonanza.

Rev. Ibero-Amer. de Ciencies Med., giu. — PLANAS. Chirurgia del seno later. e del bulbo della giugulare.

Paris Méd., 4 lug. — Numero sulle malattie del cuore e dei vasi.

Riforma Med., 8 giu. — F. ALZONA e G. B. ORLANDI. Potere glicemizzante dei saccaromiceti. — A. MALAGUTI. Sierodiagn. del cancro con la reaz. Botelho.

Annals Pickett-Thomson Res. Labor., giu. — D. R. THOMSON. Mezzi a forte potere nutritivo per germi a difficile sviluppo.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Periodici di nostra edizione:

SOMMARI DEGLI ULTIMI FASCICOLI PUBBLICATI:

"IL POLICLINICO"

SEZIONE MEDICA

Il fascicolo 1 (1° Gennaio 1926) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - **M. Ghiron**: Sulla emoglobinuria nei malarici.
II. - **F. Franchini**: Su di un caso interessante di Buba Brasiliana.
III. - **C. Forti**: Le sostanze riducenti del liquor ed il loro rapporto con quelle riducenti del sangue nelle malattie nervose e mentali.
IV. - **A. Dalla Volta**: Nuove osservazioni cliniche e nuovi rilievi di tecnica sulla R. F. nei sieri luetici.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 5.

I non abbonati a detta Sezione Medica potranno riceverli inviando il relativo importo, mediante vaglia postale, al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - Roma.

SEZIONE CHIRURGICA

Il fascicolo 1 (15 Gennaio 1926) che trovasi in corso di stampa e, che appena pronto, spediremo agli associati della Sezione stessa, contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - **R. Calvanico**: L'adenoma del pollo.
II. - **N. Lagravinese**: Le stenosi parabiliari.
III. - **F. Saraceni, C. Antonucci e A. Celiberti**: La indagine radiologica del duodeno mediante introduzione di liquido opaco attraverso la sonda di Einhorn.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 5.

I non abbonati a detta Sezione Chirurgica potranno riceverli inviando il relativo importo, mediante vaglia postale, al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - Roma.

Cuore e Circolazione

Continuazione de

LE MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

Redattore capo: prof. CESARE PEZZI

Il fascicolo 12 (Dicembre 1925) contiene:

Lavori originali: G. GALATÀ: Ricerche comparative fra il metodo di misura diretto della pressione arteriosa e il metodo oscillometrico. — D. MAESTRINI: La «Legge del Cuore» in clinica.

Rassegne, Riviste e Congressi: **Clinica**: La diagnosi clinica delle dissociazioni ventricolari. — Endocardite lenta. — Osservazioni subbiettive e obbiettive sulla dispnea cardiaca. — Il problema della invalidità dei cardiaci cronici. — Sull'uso clinico dello sfigmomanometro. — **Fisiopatologia**: Le più recenti indagini sulle azioni fisiologiche degli esercizi fisici. — **Istopatologia**: Le basi anatomiche dell'angina di petto. — Ricerche sperimentali sulle alterazioni istopatologiche del miocardio dopo la simpatectomia. — L'arteria del nodo di Keit e Flack.

Notizie bibliografiche: L. CHEINISSE: Les médicaments cardiaques. — PH BELLOCQ: Étude anatomique des artères de la peau chez l'homme.

Abbonamento per il 1926: Italia L. **32**; Estero L. **45**. Per gli abbonati al «Policlinico»: Italia L **25**; Estero L. **38**. Un fascicolo separato L. **3,50**.

LA CLINICA OSTETRICA

PERIODICO MENSILE
di ostetricia, ginecologia e pediatria, per i medici pratici
diretto dal prof. **PAOLO CAIFAMI**

Il fascicolo 1° (Gennaio 1926) contiene:

Lavori originali: M. BOLAFFIO: Contributo alla cura dell'insufficienza ovarica coi raggi Roentgen.

Fatti e documenti (Casistica clinica ed anatomica): O. VIANA: Leiomioma maligno dell'utero. — P. PODALIRI: Neoplasie connettivali metaplastiche della vulva.

La rubrica degli errori: F. CLAUSER: Sul valore della puntura esplorativa vaginale in ginecologia.

Resoconti: XXIV Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Dalle riviste: **Ostetricia**: Morbo di Flaiani-Basedow e gravidanza. — Diabete, gravidanza e insulina. — Il forcipe di Kielland sul podice. — Esperienze col forcipe di Kielland. — Prognosi della sepsi puerperale. — Cura della febbre puerperale con autosangue emolisato. — **Ginecologia**: Gli streptococchi nelle infezioni croniche del collo dell'utero e delle trombe. — Ritenzione d'urina nei fibromi uterini. — Nella ritenzione di urina post-operatoria e post-partum. — Radio-chirurgia del cancro dell'utero. — Il significato dell'azione risolvente della diatermia nelle malattie ginecologiche. — **Pediatria**: Trasmissione tubercolare transplacentare. — Encefalite letargica in un lattante di tre mesi. — La pielite nei fanciulli al disotto dei due anni.

I libri.

Varietà: Vitamine contro la sterilità. — Coabitazione, periodo mestruale e sesso del neonato. — Madri d'eccezione.

Notizie.

Abbonamento per il 1926: Italia L. 32; Estero L. 45. Per gli abbonati al «Policlinico»: Italia L. 25, Estero L. 38. Un fascicolo separato L. 3.50.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta dal prof. **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il fascicolo 1° (Gennaio 1926) contiene:

Osservazioni di clinica: G. BILANCIONI: Contributo clinico allo studio dell'epiglottite acuta (con una tavola a colori).

Raccolta di fatti: I. - A. MALAN: Adenocarcinoma dell'orecchio medio. — II. - D. DI VESTEA: Ascesso freddo della faringe media e inferiore in soggetto affetto da tubercolosi polmonare e laringea.

Discussioni: M. LODIGIANI: Pneumotorace artificiale e laringite tubercolare.

Ricerche di laboratorio: P. VITALI-MAZZA: Ricerche sul filtrato del secreto nasale-ozenatoso.

Recensioni: Sindrome laringea associata a paralisi multipla omolaterale di nervi cranici. — Appunti sulla morfologia della pars neglecta del labirinto acustico di «Bufo vulgaris». — Sindrome cerebellare da malaria. — Un caso raro di angioma della dura madre con erosione dell'osso frontale. — Di alcuni fenomeni oculari osservati in parckinsoniani encefalici. — Di un aneurisma essenziale intraparotideo della carotide esterna destra. — Considerazioni anatomiche a proposito di un caso di paralisi del nervo facciale in seguito ad anestesia tronculare mandibolare. — L'importanza del pulviscolo atmosferico in patologia. — Sinusiti etmoidali associate a sintomi oculo-orbitari. — Contributo allo studio dei tumori di origine paradentaria. — Sulla preparazione dei modelli metallici delle cavità dell'osso temporale. — Rapporto statistico annuale sulla difterite nelle varie nazioni. — Afasia transitoria nel corso dell'ileotifo. — Studi sul nistagmo in rapporto coi disturbi dei movimenti associati degli occhi. — Sulla tromboflebite del seno cavernoso. — Intorno alla cura radicale dell'epitelioma della parotide.

La nota storica: G. ZANNI: Un consulto del Beccari per una forma di disfonia.

Notizie e questioni.

Abbonamento per il 1926: Italia L. **32**; Estero L. **45**. Per gli abbonati al «Policlinico»: Italia L. **25**; Estero L. **38**. Un fascicolo separato L. **3,50**.

ANNO XXXIII — Roma, 1° Febbraio 1926 — Fasc. 5

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

Sul meccanismo d'azione delle acque purgative naturali clorurato-sodiche, nelle enteropatie di natura microbica. (*)

Prof. G. SANARELLI
Direttore dell'Ist. d'Igiene della R. Univ. di Roma.

Ho ascoltato col più vivo interesse le importanti comunicazioni dei colleghi Jamin e Gaehlinger, sull'azione curativa e sulle indicazioni terapeutiche delle acque alcaline di Châtel-Guyon.

(*) Comunicazione fatta l'11 ottobre 1925 all'XI Congresso Internazionale di Idrologia e di Climatologia mediche, in Bruxelles.

È ben noto che le acque clorurato-magnesiache di Châtel-Guyon esercitano una benefica influenza sulla diuresi, sulla nutrizione generale e sopratutto sulle funzioni del tubo digerente e dei suoi annessi.

Secondo il prof. Carnot è, sopratutto, l'ione magnesio che conferisce a queste acque le proprietà terapeutiche speciali sull'intestino e sulle vie biliari.

Prese a forti dosi, esse riescono lassative ed hanno, come è noto, una favorevole azione sui costipati, regolandone le funzioni secretorie, motorie e circolatorie.

Si tratta, insomma, di un'acqua eminentemente decostipante e stimolante di tutte le funzioni digestive. Ma, nelle loro esposizioni, Jamin e Gaeh-

linger hanno parlato di auto-intossicazioni intestinali, di sepsi intestinale, di tossine intestinali, ecc., facendo implicitamente capire che le proprietà benefiche delle acque lassative di Châtel-Guyon si esercitino, in siffatti stati patologici, in modo quasi meccanico, cioè evacuando l'intestino e liberandolo del suo contenuto, diventato nocivo per la presenza di batteri o di veleni di origine microbica.

Io debbo cogliere, pertanto, questa opportuna occasione per rilevare anzitutto che siffatta concezione terapeutica, per lungo tempo ammessa anche nei riguardi di un'altra acqua minerale purgativa italiana, la celebre acqua clorurato-sodica di Montecatini, non resiste più alle nuove conoscenze sulla patogenesi delle enteropatie riguardate di natura microbica.

Anzitutto, questa ipotesi mal si concilia, per quanto riguarda le acque di Châtel-Guyon, con le note ricerche di Pessez il quale ha constatato che, dopo dieci giorni di trattamento con tali acque, il numero dei batteri intestinali espulsi con le feci, anzichè diminuire, aumenta in misura del 100 per cento ed anche più!

Ciò costituisce un contrasto notevole e incomprensibile con l'azione delle acque purgative di Montecatini, che da epoca remotissima godono di una reputazione incontrastata nella cura delle gastro-enteropatie acute e croniche. Infatti, l'uso delle acque di Montecatini, fra altro, anzichè causare aumento della flora microbica intestinale, riduce quest'ultima, come è stato dimostrato da ricerche sperimentali eseguite nell'Istituto d'Igiene di Roma, a proporzioni minime.

Oltre a ciò io debbo far presente ai colleghi, che le nostre idee e le nostre vedute sulle enteropatie in genere e sulle così dette auto-intossicazioni o infezioni intestinali in specie, anche se di natura specifica, debbono intendersi ormai come fondamentalmente modificate, da qualche tempo a questa parte.

Io vedo qui presente qualche collega che mi ha fatto l'onore di assistere alla conferenza che, nello scorso luglio, tenni nell'Anfiteatro della Facoltà di medicina di Tolosa.

Orbene, si ricorderà che, in quella conferenza io ebbi l'occasione di esporre le nuove vedute che, specialmente dopo i miei più recenti studi sulle infezioni specifiche dell'apparato digerente, debbonsi tenere ormai presenti, circa il meccanismo d'azione dei microbi che producono azioni morbose nel tubo gastro-intestinale.

Procurerò di riassumere in poche parole tali vedute nuove, perchè esse ci aiuteranno a chiarire, finalmente, anche l'azione benefica, esercitata dalle acque purgative nelle affezioni microbiche dell'apparato digerente.

È d'uopo riconoscere che il meccanismo d'azione di queste acque, ad onta di molti studi e di ipotesi le più ingegnose, è rimasto fin oggi molto oscuro.

E il motivo di questa nostra ignoranza si spiega facilmente.

Noi ignoravamo anche il vero meccanismo patogenetico delle infezioni dell'apparato digerente e delle enteropatie in genere, od avevamo opinioni molto errate al riguardo.

Infatti, in passato si era sempre ritenuto che i microbi specifici dei processi morbosi intestinali — ad esempio: le infezioni tifiche e paratifiche, coleriche, dissenteriche, ecc. — una volta arrivati, con gli alimenti, nel contenuto intestinale, vi si moltiplicassero e vi producessero dei potenti veleni.

Si supponeva che questi veleni, assorbiti dalle mucose dell'apparato digerente, si riversassero nella circolazione generale dando luogo alla sintomatologia caratteristica di queste malattie.

Insomma, secondo le concezioni più in voga fino a questi ultimi tempi, le malattie infettive dell'apparato digerente sarebbero state di origine enterogena.

Le mie ricerche, al contrario, han dimostrato, sperimentalmente, che queste infezioni hanno un'origine ematogena; cioè, i microbi specifici della febbre tifoide, della dissenteria, del colera, ecc., non raggiungono il canale digerente attraverso lo stomaco.

Essi sono uccisi dal contenuto gastrico prima che possano raggiungere l'intestino ove, ad ogni modo, non sarebbero del pari capaci di svilupparsi a causa dell'azione nettamente battericida della secrezione enterica normale.

La penetrazione di questi microbi nell'organismo si effettua per altra via, cioè attraverso le formazioni linfatiche delle fauci, ove si verifica un continuo assorbimento di germi provenienti dalla cavità buccale.

I microbi della febbre tifoide, della dissenteria e del colera, posseggono un requisito del tutto particolare che io ho chiamato *enterotropismo*.

In altri termini, qualunque sia stata la loro via di penetrazione nell'organismo animale, questi microbi si avviano, o vengono trasportati direttamente, verso le pareti intestinali, ch'essi colpiscono da tergo, cioè attraverso la circolazione generale.

Una volta penetrati nelle tuniche intestinali e annidati nella sotto-mucosa, specialmente nelle sue formazioni linfatiche, essi vi si moltiplicano e producono il loro rispettivo veleno specifico e, quindi, tutte le alterazioni anatomiche e i sintomi morbosi caratteristici di queste malattie.

Ma, non tutti i microbi che, per la circolazione generale, raggiungono le pareti intestinali, vi si soffermano dando luogo a processi infettivi locali o generali.

L'epitelio della mucosa intestinale rappresenta normalmente un emuntorio molto attivo e di grande importanza per l'organismo.

Per mezzo di esso l'economia si sbarazza di molti principii che le sono di danno o che resultano semplicemente inutili.

Così, è attraverso la mucosa intestinale che avviene l'eliminazione dei sali di mercurio, di manganese e di arsenico, del peptone, della morfina, della stricnina, della ricina, ecc.

In condizioni normali, l'epitelio intestinale è, del pari, generalmente in grado di liberarsi, tanto dei microbi come di altri elementi estranei che gli giungono da tergo, scaricandoli nel canale alimentare che, in tal caso, funziona a guisa di tubo di drenaggio.

Ma, come tutti gli organi destinati a funzionare senza tregua, anche le pareti del canale digerente, a un dato momento, per una infinità di cause perturbatrici estrinseche o intrinseche, possono subire un'alterazione o un arresto, sia pure momentaneo, nelle proprie funzioni.

In tal caso è ovvio che si modifichi e si alteri anche lo stato e la costituzione dei colloidi delle tuniche intestinali e delle loro formazioni linfatiche. L'alterazione colloidale implica, però, come è ben noto, un dislocamento di ioni e, quindi, un cambiamento od inversione del loro segno elettrico.

Ora, per un organo destinato ad avere incessanti rapporti con ogni sorta di batteri provenienti dalla circolazione generale e a dar loro libero transito, un cambiamento di segno elettrico equivale a rendere difficile o impossibile la libera circolazione e la espulsione dei batteri stessi.

E il motivo è questo.

E' noto che tutte le particelle piccolissime di materia organica, assumono nell'acqua contenente elettroliti le qualità colloidali, acquistando un segno elettrico che proviene dagli ioni di elettroliti combinati alle particelle stesse.

Un fenomeno identico si osserva nei batteri. Ogni batterio ha il suo segno elettrico, positivo o negativo. Mediante dispositivi di una grande semplicità, noti nei laboratori di batteriologia, si riesce ad osservare questo fenomeno all'ultramicroscopio. In tal caso si constata come l'azione di una corrente elettrica sui batteri si eserciti facendo sì che quelli dotati di segno positivo, ossia gli elettro-positivi, si trasportino sul polo negativo e viceversa. Infatti si sa che i segni uguali si respingono e i segni differenti si attraggono.

Ora, se i batteri pervenuti da tergo alla mucosa intestinale incontrano quivi un segno elettrico contrario al loro, è evidente che invece di esserne espulsi nel canale digerente verranno trattenuti nelle pareti enteriche. Essi rimarranno, perciò, fissati nelle maglie o negli organi ghiandolari della stessa mucosa, ed ivi si moltiplicheranno, dando origine a focolai batterici più o meno dannosi o pericolosi.

E' assai probabile che debba ricercarsi in questo microbismo parietale del tubo digerente, la origine di gran parte delle enteropatie e di tutti quei disturbi e sofferenze croniche, indeterminate, dell'apparato gastro-intestinale, a spiegare i quali si sono sempre invocate le cause più banali e disparate.

Si sa che nella cura ed anche nella profilassi di tutte queste enteropatie croniche, le acque purgative naturali danno resultati benefici di una evidenza indiscutibile.

Ad esempio, le acque purgative clorurato-sodiche di Montecatini, che è, oggi, la principale stazione termale italiana, operano veri prodigi nel trattamento delle malattie croniche dell'apparato digerente. La reputazione di quelle acque è antichissima e i malati che ogni anno recuperano la propria salute con l'uso di esse, sono innumerevoli.

L'azione curativa delle acque di Montecatini è, a volte, così rapida, percui basta anche qualche giorno di trattamento a che i pazienti ne avvertano subito gli effetti, i quali, in taluni casi, sono veramente prodigiosi!

Ho conosciuto dei malati che da molto tempo non riuscivano più a nutrirsi, per la repugnanza verso i cibi o per l'impossibilità di ben digerirli. È bastata, talora, la cura di qualche giorno perchè le funzioni digerenti ritornassero in condizioni normali e con esse si ripristinassero l'appetito e il benessere e ritornasse la gioia di vivere!

Si è sempre creduto che le acque purgative, e specialmente quelle clorurato-sodiche di Montecatini, che sono uniche nel loro genere, agissero principalmente per i loro effetti lassativi e detersivi.

Ma in realtà può dirsi che, fino ad oggi, le idee, anche dei più insigni idrologi, sul vero modo di agire delle acque minerali in genere, non escluse quelle purgative, i cui effetti evidentissimi parrebbero di una elementare comprensione, sono tutt'altro che chiare e persuasive.

***

Io ho pensato che il diradamento del fitto mistero che avvolge tuttora il modo di agire delle acque minerali purgative, la cui singolare efficacia nella maggior parte delle enteropatie è pur

così innegabile e manifesta, avrebbe potuto trovarsi applicandosi le nuove conoscenze di meccanica colloidale, nella interpretazione di questi due fenomeni cui ho accennato più sopra: l'enterotropismo di certi batteri e il microbismo parietale dell'intestino.

Ho detto che l'arresto e la fissazione dei batteri nella mucosa enterica, deve generalmente attribuirsi a una sopravvenuta modificazione dei colloidi costitutivi di questa, modificazione o alterazione che implica, necessariamente, un dislocamento di ioni e una inversione del loro segno elettrico.

L'organismo tende, in generale, a ripristinare con le proprie forze le sue condizioni normali e, in questi casi particolari, l'intestino cerca in tutti i modi di espellere i batteri e di liberarsi di elementi estranei così perturbatori e pericolosi.

Ma per conseguire tale intento l'intestino non ha che un mezzo: ripristinare la carica fisiologica dei propri tessuti alterati, ossia far riassumere a questi il segno elettrico uguale a quello posseduto dai batteri. Si sa che la maggior parte dei batteri presenta un segno elettrico negativo.

Ma lo sforzo riparatore dell'organismo non sempre riesce a raggiungere l'intento.

Talvolta l'unione fra microbi e tessuti è divenuta così intima e tenace da non potersi scindere: è già un « complesso colloidale ».

I batteri non se ne andranno, se non si espelle la intera combinazione.

È allora che intervengono opportunamente gli elettroliti delle soluzioni saline ingerite a scopo purgativo, ossia quei sali che nell'acqua si possono scindere, in grado maggiore o minore, nei rispettivi ioni.

È così che elettroliti appropriati, o miscugli di elettroliti, permeando i tessuti, riordinano la costituzione colloidale di questi, ripristinando il loro segno fisiologico.

Nelle ordinarie enteropatie, sono le purghe saline con le loro mescolanze bene equilibrate di elettroliti, che debbono aiutare l'intestino a liberarsi del suo microbismo parietale.

In questi casi, gli elettroliti si combinano per ioni ai colloidi dei tessuti, costituendo delle combinazioni nelle quali gli ioni di uno stesso elettrolito sono indipendenti e legati al colloide con forza diversa.

Avverrà, quindi, che la combinazione di uno degli ioni si idrolizzerà più facilmente dell'altra, modificando il mezzo, ora acidificandolo ed ora alcalinizzandolo, a seconda che l'anione dell'elettrolito, che può divenire acido, ovvero il suo catione, che può divenire base, sarà più o meno labilmente legato al colloide.

Vediamo in qual modo potrebbe svolgersi questo semplice, ma originale fenomeno, e prendiamo come esempio di purgante naturale salino l'acqua clorurato-sodica di Montecatini.

Anzitutto si tenga presente, da un lato, che la mucosa intestinale con la quale l'acqua purgativa viene necessariamente ad immediato contatto è, come tutti i tessuti organici, una « sostanza colloidale » e perciò stesso resulta costituita di micelle.

Ora ho già detto che le micelle di tutte le sostanze colloidali posseggono un segno elettrico: positivo o negativo. Questi segni elettrici possono cambiarsi o invertirsi a seconda delle più svariate circostanze.

Dall'altro lato si ricordi che il cloruro sodico, sciolto nell'acqua, vi si trova già scisso nei suoi ioni: ioni positivi o cationi e ioni negativi o anioni e che l'ione positivo può trasformarsi in una base e l'ione negativo in un acido, ogni qualvolta si idrolizzino, ossia si combinino coll'acqua. Infine si ricordi ancora che gli ioni di segno elettrico uguale si respingono, mentre quelli di segno contrario si attraggono.

Non appena, dunque, i due ioni: l'ione cloro (*Cl*) e l'ione sodio (*Na*) avranno preso contatto coi colloidi della mucosa enterica, si combineranno con le micelle costitutive di questi, indipendentemente l'uno dall'altro, cioè conservando ciascuno la rispettiva autonomia.

Ma poichè le micelle colloidali tessulari non sono sempre del medesimo segno elettrico, avverrà che in taluni casi si uniranno ad esse con più forza i cationi e con minor forza gli anioni e viceversa.

Tutte queste trasformazioni colloidali, che modificano le condizioni ambientali, hanno per effetto, dapprima una perturbazione, cui segue un riordinamento dei segni elettrici dei colloidi stessi, col loro ritorno al primitivo segno o stato fisiologico.

Questo ritorno, entro la parete enterica, coincide necessariamente anche col recupero delle funzioni normali di questa e col ripristino della sua attività nei riguardi dei batteri; ripristino dovuto alla ricomparsa di un segno elettrico uguale a quello posseduto da questi o dai loro complessi.

L'atto meccanico della espulsione dei batteri e dei loro complessi dall'intestino potrà, inoltre, venire facilitato mercè la corrente d'acqua che, in pari tempo, si stabilisce dall'interno dell'organismo verso il lume intestinale.

È così che entra in scena il flusso enterico, il quale assume, talvolta, impetuosità e proporzioni apparentemente sproporzionate alla quantità della soluzione salina ingerita. I colloidi dei tessuti intestinali divenuti, come ho già detto, acidi o al-

calini in seguito a queste combinazioni ed idrolisi, acquistano nuove proprietà, tra cui quella di essere fortemente idrofili.

Per sodisfare a questa nuova proprietà acquisita, essi richiamano acqua dall'interno dell'organismo, se ne soprassaturano e una parte o l'eccedenza dell'acqua stessa vien riversata nell'intestino.

Per il suo intimo meccanismo d'azione, io ho paragonato questo fenomeno a quello per cui, in primavera, le piante sottoposte a potatura, gemono acqua o a quello analogo per cui dalle infiorescenze apicali incise dalla palma da datteri o dall'albero del cocco, scola un liquido zuccherino, che dopo fermentazione, diventa il *laghbi* o l'*arack*, le ben note bevande spiritose, così largamente usate nell'Africa settentrionale e in tutte le località marittime della zona tropicale.

Il flusso enterico dura, finchè non sia stato eliminato l'elettrolito o non siano stati allontanati l'acido o l'alcali che sono stati la causa di tale idrofilia.

Infatti l'azione del purgante salino non dura che breve tempo. E poichè, come s'è già premesso, l'organismo tende sempre a ristabilire le proprie condizioni normali, avverrà che, in tal guisa, i colloidi dei tessuti intestinali ricupereranno le loro qualità e i loro poteri fisiologici.

È così che si spiegano, senza fatica e scientificamente, i due sintomi predominanti dell'azione purgativa di un'acqua minerale, cioè la sete e le scariche liquide. È con siffatto procedimento che queste asportano dai tessuti intestinali, sopratutto dalle innumerevoli formazioni linfatiche e ghiandolari, i microbi o i loro complessi già respinti dalle combinazioni che hanno riacquistato un segno elettrico uguale a quello dei microbi stessi.

È così che anche i prodotti tossici dei microbi, (i quali non sono altro che dei colloidi con speciale segno elettrico), verranno dislocati ed espulsi in virtù del medesimo meccanismo. Si avranno quindi ad un tempo: la smicrobizzazione e la disintossicazione della mucosa intestinale.

Le acque minerali purgative adempiono a questo ufficio, in modo addirittura meraviglioso, e non sempre per opera del mineralizzante principale, che sovente vi si trova in quantità relativamente modesta e non purgativa.

Esse conseguono lo scopo benefico per il misto di elettroliti, cui corrisponde una somma di combinazioni colloidali e di prodotti di idrolisi, acidi o alcalini, la cui resultante è l'azione specifica, propria di ciascuna acqua.

Così si spiega il fatto apparentemente strano per cui, ad esempio, la sorgente « Tettuccio » di Montecatini, che contiene il cloruro sodico nella proporzione del 4.6 per mille, cioè in una misura che non è purgativa, resulta spesso più efficace, nella cura di certe enteropatie, in confronto di altre sorgenti della stessa stazione termale, anche se di gran lunga più ricche del medesimo sale.

Gli è che l'azione benefica delle acque minerali purgative non devesi semplicemente al loro mineralizzante supposto specifico. Essa è dovuta, come ho detto or ora, ai misti di elettroliti, che artificialmente non possono in alcun modo riprodursi, come non si possono ricostituire tanti altri prodotti organici od inorganici, che, almeno sino ad oggi, le sole forze naturali paiono in grado di elaborare e di offrire.

Allo stesso modo si spiega come una semplice soluzione acquosa artificiale di cloruro di sodio, sia assolutamente incapace di riprodurre gli stessi effetti di un'acqua minerale clorurato-sodica, della medesima concentrazione salina. Ciò è dovuto al fatto che, nella soluzione artificiale, il cloro ione e il sodio ione danno necessariamente un solo tipo di combinazioni colloidali, mentre un misto di elettroliti, qual'è quello offerto da un'acqua minerale naturale, dà combinazioni colloidali diverse per ogni ione negativo o positivo, cioè per ogni anione o per ogni catione.

Si ha, quindi, una somma di azioni diverse di elettroliti diversi. E poichè nelle acque minerali naturali, le variazioni, ancorchè impercettibili, della composizione e costituzione loro, possono essere innumerevoli, così innumerevoli possono resultare gli aspetti e, quindi, le proprietà specifiche e le indicazioni terapeutiche delle acque stesse.

Sono, indubbiamente le combinazioni dei colloidi cogli elettroliti, combinazioni dotate di proprietà diversissime dipendenti dalle variazioni quantitative di uno stesso elettrolito o di altri elettroliti contenuti nella medesima mescolanza, che imprimono alle acque minerali naturali quelle virtù curative, riconosciute e celebrate fino dagli antichi Romani, ma sul cui vero meccanismo di azione, finoggi, si è tanto e così inutilmente immaginato e discusso.

Questo nuovo modo di concepire l'azione delle acque purgative naturali, ci offre persino la possibilità di spiegare scientificamente le differenze che si avvertono in pratica, fra i purganti a base di cloruro sodico e quelli a base di solfato sodico: ad esempio, fra le acque clorurato-sodiche di Montecatini e quelle solfato-sodiche di Karlsbad.

Basta riflettere semplicemente a ciò: nelle acque solfato-sodiche invece dell'acido cloridrico, si pone in libertà, nei tessuti intestinali, l'acido solforico,

ad anione bivalente, il quale agisce sui colloidi organici con molto maggiore energia e in modo diverso dell'anione cloro, che è monovalente.

Ecco perchè l'azione delle acque minerali clorurato-sodiche è più blanda e meno irritante che l'azione delle acque solfato-sodiche o solfato-magnesiache.

***

Ma concepita in tal guisa l'azione smicrobizzante e disintossicante delle acque purgative naturali, era necessario darne, possibilmente, anche una qualche dimostrazione sperimentale.

Ora, le conoscenze acquisite circa la maniera di comportarsi, nei conigli, dei vibrioni colerigeni, microbi squisitamente *enterotropi*, e delle tossine colibacillari, che posseggono un'affinità specifica per le pareti intestinali, mi hanno posto in grado di rispondere anche a questo postulato.

Nelle mie diverse pubblicazioni sulla patogenesi del colera, uscite in questi ultimi anni negli *Annales de l'Institut Pasteur* e negli *Annali d'Igiene*, ho già minutamente esposto quale sia il destino riserbato ai vibrioni iniettati nelle vene dei conigli. Se la dose dei vibrioni è massiva, i conigli muoiono, per lo più, di setticemia in 24-48 ore. Se la dose è piccola, i vibrioni si concentrano tosto nelle pareti intestinali e di qui vengono rapidamente espulsi; l'animale non ne risente, in apparenza, danno veruno. Se la dose dei vibrioni è media, si effettua del pari il loro rapido e totale concentramento nelle tuniche intestinali, ma la loro escrezione attraverso la mucosa non si compie in modo altrettanto rapido e completo. L'animale non muore, ma dimagrisce progressivamente per molti giorni di seguito.

Infatti si stabilisce un'enterite cronica, una vera e propria enteropatia. Il coniglio rifiuta il cibo e si denutrisce a vista d'occhio. In alcuni casi il dimagrimento si spinge all'estremo, fino alla morte, che può verificarsi anche dopo diverse settimane, per marasma. Allora all'autopsia si trova l'intestino molto diarroico, coi segni più manifesti e ben noti della cachessia avanzata.

Orbene, se a due lotti di conigli si inietta per via endovenosa, a ciascun animale, una dose media, non letale, di vibrioni e il primo lotto si lascia come controllo mentre l'altro lotto si sottopone al trattamento con acqua di Montecatini, si otterrà questo resultato: i testimoni lasciati senza trattamento moriranno dopo un periodo più o meno lungo. I conigli cui sarà stata somministrata ogni giorno, fin dal principio, per via gastrica, a mezzo di una sonda, una certa quantità (80 cmc.) di acqua di Montecatini (sorgente « Tamerici ») che contiene circa 12 grammi di cloruro sodico per mille, sopravviveranno!

Da notarsi: gli effetti benefici dell'acqua clorurato-sodica, si ottengono nei conigli senza che essa provochi in loro il benchè menomo effetto purgativo.

E ciò concorda con quanto ho detto più sopra; vale a dire, che l'effetto benefico di un'acqua naturale purgativa nelle enteropatie di natura microbica, non consiste esclusivamente nell'azione meccanica, ma nella combinazione degli elettroliti coi colloidi della mucosa intestinale.

Tanto è vero ciò che, nei casi in cui gli elettroliti non sono contenuti nell'acqua minerale in quantità notevole, manca l'effetto purgativo. Si hanno, però, gli effetti delle combinazioni colloidi e delle idrolisi, acide o alcaline, di cui si è già parlato, vale a dire i cambiamenti di segno elettrico e, quindi, l'espulsione dei batteri e dei veleni colloidali dalle pareti intestinali.

Passiamo ora ad un'altra serie di esperimenti, coi quali ho cercato di dimostrare anche l'azione disintossicante delle acque naturali purgative.

Come sostanza intossicante ho scelto, per ragioni intuitive, le culture filtrate di colibacilli.

È ben noto che il proteide colibacillare, iniettato nelle vene, esercita la sua azione tossica, squisitamente enterotropa, ai danni della mucosa intestinale. Le culture filtrate di colibacilli, che io chiamo per brevità colifiltrati, introdotte direttamente, per bocca, nel tubo intestinale sono del tutto innocue.

Ho già dimostrato, in mie precedenti pubblicazioni, che per agire sulla mucosa enterica esse debbono aggredirla da tergo, cioè per la via della circolazione generale.

Questa nozione è, ormai, così ovvia che non ha più bisogno di essere illustrata.

Ma essa dimostra, ancora una volta, che i colibacilli, i quali costituiscono la flora dominante del tubo gastro-enterico, non possono in alcun modo agire sulle pareti enteriche e sull'organismo, coi loro prodotti tossici eventualmente fabbricati nel contenuto intestinale.

La vecchia dottrina dell'auto-intossicazione enterogena si è dunque dimostrata priva di consistenza.

Affinchè questi veleni batterici enterotropi possano essere in grado di operare, è mestieri che essi vengano prodotti e liberati o nei tessuti ed umori dell'organismo o entro i tessuti e gli organi delle stesse pareti del canale digerente. In tali condizioni danno luogo a una vera e propria

enteropatia acuta, subacuta o cronica, analoga a quella prodotta da microbi enterotropi.

Infatti, anche le micelle dei proteidi batterici, che sono colloidi, posseggono un segno elettrico come lo posseggono i batteri da cui derivano. Perciò, il loro comportamento è del tutto analogo.

Premesse queste nozioni, ecco come può mettersi sperimentalmente in evidenza l'azione disintossicante intestinale di un'acqua purgativa naturale.

A due lotti di conigli, si iniettano per via endovenosa 3/10 di cmc. di una cultura filtrata di colibacilli, una dose minima letale, che uccide cioè, a più o meno lunga scadenza. Il primo lotto si lascia a sè a scopo di controllo. Infatti i conigli di questo lotto dimagreranno progressivamente e, in capo a un certo numero di giorni o a qualche settimana, finiranno col morire nel marasma. All'autopsia si rinvengono sempre, in questi casi, i segni della cachessia intestinale.

Ai conigli del secondo lotto si somministreranno ogni giorno, in due volte, per via gastrica, 80 cmc. di acqua purgativa di Montecatini, « sorgente Tamerici ». Questi conigli sopravviveranno quasi senza eccezione (*).

Queste esperienze offrono, dunque, una dimostrazione ben chiara anche dell'azione disintossicante, esercitata dai complessi colloidali salini delle acque naturali clorurato-sodiche, nelle enteropatie di natura tossica.

Le proprietà smicrobizzanti e disintossicanti di tali acque, le cui virtù terapeutiche, nelle più svariate enteropatie umane, sono più o meno empiricamente riconosciute da tempo immemorabile, ricevono oggi la loro scientifica e razionale spiegazione, non soltanto per effetto della conoscenza della nuova meccanica colloidale, ma anche per la estensione delle applicazioni di questa allo studio del microbismo intestinale e del meccanismo d'azione dei batteri e dei veleni enterotropi, che per primo io ho posto in evidenza e accuratamente studiato.

Perciò, l'indicazione dei purganti naturali salini, e, in questo caso, delle acque purgative di Montecatini, non soltanto nella cura, ma anche nella profilassi delle enteropatie di natura microbica o tossica, già consacrate da una pratica multisecolare, risponde nel senso da me illustrato, anche ai più precisi postulati scientifici.

(*) I particolari di queste esperienze dimostrative, sono esposti nel libro: *Nuove vedute sulle infezioni dell'apparato digerente*, edito testè dalla Casa Editrice Luigi Pozzi di Roma.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretta dal prof. GUGLIELMO BILANCIONI.

Osservazioni su un caso di periesofagite da corpo estraneo nell'esofago.

Dott. DONATO DI VESTEA, assistente.

Il decorso e l'entità della sintomatologia che accompagna i corpi estranei dell'esofago — per molteplici ragioni dipendenti dalla natura del corpo estraneo, dal modo come è stato ingerito, dalla permanenza più o meno protratta nel primo tratto del tubo digerente, dai tentativi di estrazione più o meno impropri — può variare moltissimo.

Sotto questo punto di vista stimiamo interessante illustrare il seguente caso:

Fain. Tommaso, di anni 5, figlio di contadini, ha ingoiato una monetina di nichelio da 20 cent. 10 giorni prima di presentarsi alla nostra osservazione.

Quando giunge a noi è stato già esaminato da vari altri colleghi, e sono stati fatti diversi tentativi di estrazione.

Esame obbiettivo. — Bambino in condizioni generali scadenti — pallido — masse muscolari e pannicolo adiposo scarsi. Aspetto depresso; qualche movimento febbrile, polso regolare, in rapporto con la temperatura. Si nutre scarsamente e di soli liquidi. Ha voce roca e un po' gorgogliante per presenza di catarro naso-faringeo. Un rapido controllo radioscopico mostra la presenza della piccola moneta in corrispondenza del giugulo.

Esaminando accuratamente il piccolo paziente si è colpiti anzitutto da una modica tumefazione totale del collo prevalente a sinistra; sono cancellate le salienze e gli infossamenti normali della regione anteriore del collo, in modo che esso ha assunto una sagoma quasi cilindrica e poco evidente appare lo scudetto dello scheletro laringeo; limitati i movimenti volontari del collo, limitati i movimenti escursivi del tubo laringotracheale il quale sembra un poco portato verso destra e in avanti. Dolente la palpazione superficiale e più quella profonda del collo, specialmente della regione laterale di destra, un poco in avanti di una linea che passi per le apofisi trasverse cervicali. Si palpa qualche ganglio tumefatto.

All'esame del rino-faringe si osserva modica ipertrofia tonsillare e la presenza di uno stato catarrale diffuso della faringe e dell'ipofaringe, forse in rapporto con le manovre a cui è stato sottoposto il bambino e con la limitata deglutizione. Deterso il cavo faringeo si osserva al laringoscopio, al quale esame il piccolo paziente si presta bene, l'epiglottide abbastanza espansa e portata un poco di lato; la glottide ha motilità leggermente ridotta per la tumefazione della regione aritenoidea; quest'ultima forma come un

cercine rilevato, trasversale sospinto in avanti e un poco obliquamente verso destra, dalla presenza di un secondo cercine che limita il segmento anteriore della bocca dell'esofago. Lo spostamento antero-laterale della laringe non si accompagna a modificazioni apprezzabili delle fosse glosso- e ari-epiglottiche.

Era evidente che la lunga permanenza del corpo estraneo aveva prodotto una flogosi periesofagea da decubito della mucosa del primo tratto del canale digerente. Avvertimmo la famiglia della gravità della complicazione e insistemmo sul fatto che, anche tolto il corpo estraneo dalle vie naturali, sarebbe stato quasi certamente necessario un intervento cruento sulla regione laterale del collo. Prognosi molto riservata.

Sotto lo schermo radioscopico tenendo il bambino in posizione eretta mediante pinza laringea ricurva si estrasse facilmente il corpo estraneo. Si trattava, come era stato sospettato, di una moneta di nichelio da 20 cent. Tenemmo il bambino in letto a dieta prevalentemente idrica e lattea ghiacciata sottoponendo la regione del collo a impacchi caldo-umidi. Nei due giorni seguenti le condizioni generali del piccolo paziente si mantennero in condizioni pressochè invariate. La deglutizione dei liquidi era difficile, il paziente evitava di nutrirsi, la temperatura serotina era di 38.5. Condizioni della laringe immutate.

Al 3° giorno, essendo aumentato il turgore del collo, resa più penosa la disfagia, più accentuata la depressione dello stato generale, all'esame laringoscopico risultando più cospicuo lo spostamento dell'asse del tubo laringo-tracheale, decidemmo di intervenire.

Sotto narcosi eterea il prof. Bilancioni con ampia incisione che andava dalla punta della mastoide fino a un dito trasverso al di sopra della clavicola all'indietro dello sterno-cleido e seguendo quasi la linea indicata per la allacciatura della carotide primitiva, ha fatto una preparazione accurata della regione cervicale laterale, spostando in avanti e di lato il condotto laringo-tracheale e il fascio vascolo-nervoso. Cadde così sopra una raccolta purulenta diffusa per gran parte dell'altezza dell'esofago cervicale, che nell'inglobare quest'organo si diffondeva tra esso e il tubo aereo.

Il pus raccolto aveva colorito grigiastro misto a cenci fibrinosi e non presentava una membrana piogenica ben definita, ma infiltrando i tessuti li rendeva di colorito pallido e come lessato.

Isolato più che fosse possibile sia il condotto laringo-tracheale che quello digerente per via smussa, evacuato l'essudato purulento, si è zaffata la cavità risultante con due striscie di garza sterile, una introdotta quasi posteriormente all'esofago e l'altro nell'angolo tra questo e la laringe. Si è ristretta la breccia cutanea con qualche punto di sutura sopra e sotto il drenaggio. Quest'ultimo fu rinnovato dopo due giorni. La ferita apparve di colorito buono e in pochi giorni si deterse completamente. Il decorso postoperatorio fu ottimo e si potè seguire, prima che il bambino fosse dimesso guarito, il ripristino ad integrum della statica normale del condotto laringo-tracheale.

La storia di questo ammalato si presta ad alcune considerazioni non prive di interesse.

Anzitutto, come si comportano le pareti dell'esofago di fronte ai corpi estranei che vi si fermano?

È questo un elemento capitale della discussione e dobbiamo sfatare la *leggenda della tolleranza dell'esofago verso i corpi estranei*, forse mantenuta dal ricordo di alcuni casi fortunati in cui detto corpo era restato nell'esofago per molti giorni o mesi: da quelli, ormai antichi, di Borelli e del Cocchi, a quello recente del Predieri.

Ritengo deva avere intero il suo valore il detto di Terrier, che nei casi di corpi estranei nell'esofago il chirurgo deve comportarsi come di fronte ad un'ernia strozzata: egli non abbandona il paziente prima di averlo liberato.

Occorre ricordare che l'esofago è una semplice fessura con le labbra addossate, che sino all'età di 7-8 anni ha un diametro di 15 mm. La sua dilatazione massima potrà raggiungere 25 mm. (Sebileau) o anche 30 (Lieblein). Ogni corpo estraneo il cui diametro raggiunga o superi queste cifre deve « fare anticamera », con il fissarsi al disopra del secondo restringimento anatomico: all'altezza del manubrio dello sterno, a livello della croce formata sullo schermo radioscopico dall'ombra delle due clavicole e della colonna vertebrale. Più di rado si ferma in corrispondenza del castone cricoideo. Nel bambino non si trovano corpi estranei nell'esofago toracico che dopo manovre di esplorazione intempestive e fallite. La penetrazione del corpo estraneo nell'esofago del bambino, è favorita da condizioni anatomiche e meccaniche particolari della biforcazione respiratorio-digestiva; infatti in esso l'estremo sup. diviene beante ritmicamente al momento dell'inspirazione e non si chiude completamente al momento dell'espirazione, conservando sempre un aspetto infundiboliforme.

Fermata a livello delle prime vertebre dorsali, la moneta (9 volte su 10 si tratta di questa) si dispone verticalmente e di traverso nell'orientazione che dà l'atto di deglutizione: lascia un solco anteriore o uno posteriore, donde filtra il liquido alimentare. I suoi margini vengono ad appoggiarsi alla mucosa e la respingono eccentricamente. E allora, anche quando la deglutizione sembra avvenire in modo normale, se non si procede ad un'estrazione rapida, la moneta tagliente, premendo sulla parete, l'assottiglia e la ulcera. Si producono delle lacerazioni ben visibili all'esofagoscopio, delle fini striature ecchimotiche, talora nascoste da un cercine edematoso sovrastante. Naturalmente le lesioni sono molto più considerevoli quando si tratta di un oggetto puntuto. Assottigliata e ulcerata, più o meno rapidamente, la mucosa si infetta e l'in-

fiammazione estendendosi può evolvere in due modi.

Talora è molto violenta, perchè il corpo estraneo di natura organica, settico, si putrefà rapidamente; così che in pochi giorni si forma un *ascesso gangrenoso* a rapido decorso che tende a fondersi nel mediastino e conduce a morte pronta se non si interviene. Così Lieblein, operando all'indomani dell'accidente, trovò la mucosa perforata, le tuniche infiltrate, di un colorito grigio-verdastro; il bambino morì. Al quarto giorno Hofmeister dovette drenare un grosso ascesso periesofageo, per allontanare un osso deglutito, libero in mezzo al pus. In un caso di Félizet un piccolo malato morì di un flemmone del mediastino, dieci giorni dopo avere inghiottito un soldo.

D'ordinario, quando si tratta di corpi smussi, il processo è meno virulento. Si trova soltanto dopo 6, 8, 10 giorni dopo l'accidente una *periesofagite* più o meno intensa che si manifesta con delle aderenze cellulari, talora impregnate da un liquido torbido, tutto intorno all'esofago assottigliato. Questo tessuto di reazione, edematoso e flemmonoso, può fare aderire l'esofago e la trachea. Inglobando il ricorrente, provoca degli *spasmi laringei* e dei *disturbi respiratori*, che si osservano sovente sin dal 2°-3° giorno.

Guisez ha riferito alla *Société des Chirurgiens* di Parigi (25 novembre 1921) su diversi casi di *flemmoni dell'esofago*, alcuni dei quali presentarono una fisionomia clinica interessante.

I corpi estranei settici (ossa, spine di pesce, ecc.) determinano rapidamente dei flemmoni sotto la mucosa dell'esofago, e spesso già entro 48 ore si è formato un ascesso attorno al corpo estraneo. Di solito questi ascessi sono di piccolo volume e non hanno il tempo di svilupparsi, perchè sopravvengono accidenti settici o la diffusione mediastinica.

Ma tra i casi visti dall'autore parecchi erano voluminosi, e assunsero un interesse clinico speciale. Una giovinetta presentava una raccolta purulenta che riempiva le fosse sopraclavicolari dei due lati; la testa era irrigidita, i movimenti di lateralità, di sollevamento e di abbassamento presso che impossibili. L'ascesso aperto in esofagoscopia conteneva mezzo litro di pus; l'ammalata guarì. In un altro caso la raccolta era unilaterale. In una donna in età avanzata una spina di pesce aveva determinato un flemmone voluminoso a sviluppo anteriore e comprimente la trachea. Gli ascessi risiedono quasi sempre al terzo superiore dell'esofago. In un solo dei casi dell'autore, dovuto a deglutizione di pezzetti di vetro, il flemmone risiedeva all'inizio della porzione toracica.

La prognosi di questi ascessi è grave se lasciati a sè; possono provocare la morte sia per mediastinite, sia per rottura spontanea, la quale determina quasi sempre una infezione bronco-polmonare fatale. Invece quando si può aprirli per le vie naturali, la guarigione è di regola. La sola ablazione del corpo estraneo non è sufficiente.

Guisez ha poi descritto alcuni *flemmoni retroesofagei*, tutti in bambini di pochi anni, nei quali intervenne a traverso il tubo bronco-esofagoscopico.

Più o meno rapidamente la *perforazione dell'esofago* può completarsi dando un *ascesso nettamente incistato;* oppure permette al corpo estraneo di passare lentamente, con un subdolo lavoro di migrazione, in uno degli organi vicini o lontani. Così si spiegano le *nevriti del ricorrente*, le *perforazioni vascolari* e le *fistole tracheali* o *bronchiali* che sono le principali complicanze della permanenza di un corpo estraneo vulnerante nelle vie digerenti superiori.

Il primo di questi accidenti è il più raro. Preso nel mezzo dei tratti infiammatori peri-esofagei, il ricorrente colpito da *nevrite* provoca disturbi d'ordinario passeggeri, talora durevoli, nel funzionamento delle corde vocali. Clinicamente la paresi che ne risulta si traduce con *dispnea laringea*, della *raucedine*.

Più frequenti sono le *perforazioni vascolari;* l'ulcerazione può interessare tutti i vasi delle regioni vicine, perfino l'aorta (Gaugolphe). Terrillon ha citato il caso di un uomo che 16 giorni dopo avere ingoiato un soldo morì per una ematemesi formidabile. Nel caso di Eglott si trattava di una protesi di 4 denti, estratta con l'esofagotomia; sei giorni dopo il malato morì per ematemesi fulminante; l'autopsia mostrò un'escara della parete laterale dell'esofago, che, cadendo, aprì la tiroidea inferiore. Un caso analogo è stato descritto da Massa.

Meno drammatica è la *fistola esofago-tracheale* o *esofago-bronchiale;* ma sempre accidente grave. È rivelata da violenti accessi di dispnea, da colpi di tosse caratteristici, che si ripetono, accompagnati da soffocazione ogni volta che il malato ingerisce dei liquidi. Talora la perforazione è visibile al laringoscopio; quasi sempre all'esofagoscopio. L'ablazione tardiva del corpo estraneo non pone di sicuro al coperto da tale complicanza, che può sopraggiungere dopo l'allontanamento del corpo estraneo, quando la guarigione sembra assicurata.

Non ci indugieremo sulla *compressione laringea* nè sull'*edema della glottide*, molto più rari. È da notare pure la *cachessia rapida*, specie

dei bambini, risultante dall'inanizione e da fenomeni di riassorbimento in corrispondenza della lesione esofagea. Quando l'accidente è quasi dimenticato, la deglutizione si compie bene, il bambino muta di carattere, diviene triste e depresso, dimagra, assume una tinta terrea, segno di una profonda intossicazione. Abbe riferisce un caso di un soggetto considerato come tisico all'ultimo stadio e che aveva ingerito una dentiera vario tempo avanti.

La tolleranza del tubo digerente di fronte ai corpi estranei aumenta a misura che si discende: nell'esofago essa è minima. E malgrado i casi fortunati, ogni corpo estraneo deve essere allontanato appena venga diagnosticato, anche quanda non dia alcun disturbo. Esso finisce sempre per ulcerare la mucosa e per provocare una periesofagite intensa che prelude alla perforazione. Trascorso il terzo o quarto giorno, anche se si tratta di un oggetto a margini smussi, è dannoso qualunque tentativo di estrazione con il panierino di Graefe o con le pinze *senza* il controllo della vista, o mediante l'esofagoscopia oppure allo schermo radioscopico. E non sono rari i casi in cui, non ostante l'uso di questi perfezionati metodi di esame, gli strumenti lasciarono per le difficili manovre di estrazione decubiti o lacerazioni della mucosa già alterata, con esito in periesofagite e mediastinite.

BIBLIOGRAFIA.

A. AIROLDI. *Corpo estraneo dell'esofago (scheggia d'osso) con necrosi della parete esofagea.* Ospedale Maggiore, 1906.

L. BÉRARD et R. LERICHE. *De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant.* Sém. méd., 1905, XXV, 73-7.

G. BORELLI. *Corpo estraneo rimasto nell'esofago per 63 giorni; estrazione; guarigione.* Racc. di osservaz. clin.-patolog., 1854-67. Torino, 1867, II, 444-6.

C. A. W. F. BOSSLER. *Ueber Fremdkörper Perioesophagitis.* Berlin, 1896.

CHAMPERTIER DE RIBES. *Abcès du médiastin consécutif à la perforation de l'oesophage par un corps étranger.* Bull. Soc. Clin. de Paris, 1877, 192-5.

F. CHANNAC. *Considerations sur l'oesophagotomie et les corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant.* Lyon, 1901.

G. COCCHI. *Estrazione dall'esofago di un mezzo soldo (centesimi 2 1/2, conio pontificio 1869), eseguita 5 mesi e 4 giorni dopo la deglutizione.* Arch. di med. chir. ed igiene, Roma, 1870, II, 232-6.

CREQUI. *Observation d'un sou arrêté à la partie superieure de l'oesophage, ayant amené la perforation de cet organe, un abcès rétropharyngien, et finalement une perforation de la plèvre droite, et enfin la mort.* Bull. Soc. de chir. de Paris, 1854-5, V, 75-7.

FELIZET. *Sur une pièce de monnaie retenue pendant septe jours dans l'oesophage d'un enfant de 4 ans.* Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1894, 448-51.

R. GAILHAC. *Contribution à l'étude des corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant.* Toulouse, 1903.

I. GUISEZ. *Du phlegmon rétro-oesophagien.* La Presse médicale, 29 avril 1922, 365.

A. PREDIERI. *Un soldo nell'esofago da cinque mesi. Esofagotomia esterna. Guarigione.* Boll. Società med. chir. di Pavia, 1917, n. 3-4.

G. A. RODDIER. *Les corps étrangers de l'oesophage chez les enfants.* Paris, 1905.

P. SEBILEAU. *Vaste déchirure de la paroi oesophagienne par tentative d'extraction d'une pièce de monnaie sur une enfante de deux ans et demi.* Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1904, n. s., XXX, 1060-3.

OSPEDALE CIVILE MANDAMENTALE DI VALENTANO.

Su due casi di estrazione di corpi estranei dall'esofago.

Contributo casistico-clinico

per il dott. PIETRINO CASTAGNA, chirurgo direttore.

La penetrazione, dal mondo esterno, di corpi estranei nell'esofago, costituisce sempre un fatto di importanza non trascurabile, specie perchè, per la loro presenza e permanenza, possono provocare e sostenere delle complicazioni gravi per le quali, oltre che per l'estrazione del corpo estraneo stesso, venga ad imporsi l'intervento chirurgico.

La varietà dei corpi estranei che penetrano nell'esofago è così grande quanto quella dei corpi estranei del condotto laringo-tracheale: monete, frammenti di ossa, bottoni, lische di pesce, chiodi, dadi e alimenti voluminosi, ciottoli, aghi, spille, nocciuoli, ami, (Bright), persino una chiave di canterano, (Lejars) e dentiere le quali occupano un largo posto in questa enumerazione.

I corpi estranei nell'esofago vengono spesso osservati nei bambini, qualche volta in alienati ghiotti, ed in vecchi privi di denti.

Ma è quasi sempre un bambino che, a bocca aperta, cianotico, con gli occhi sporgenti, con il viso avente una espressione di estrema angoscia, viene portato alla nostra osservazione dai famigliari in preda al più vivo orgasmo.

Il primo e principale compito del medico, a meno che non vi sia necessità di aprire la trachea per asfissia imminente, è quello di assicurarsi della presenza del corpo estraneo e della sede di esso.

Nè l'anamnesi, nè i disturbi funzionali, nè il palpamento della base del collo, nè la ascoltazione secondo il metodo di Hamburger sono elementi su cui si può fare diagnosi di certezza.

Nei bambini spesso l'anamnesi manca e non è frequente avere notizie chiare e precise sul momento in cui è avvenuta la deglutizione, sulla natura del corpo estraneo e sulla sede del dolore.

D'altra parte avvengono dei casi di corpi estranei immaginari, in individui affetti da turbe mentali, come quelli descritti dal Lejars e dal Krönlein.

La diagnosi non sarà netta e non avrà il suo valore se non dopo essere stata confermata dal cateterismo esofageo e dalla radioscopia seguita dalla esofagoscopia.

Questi due ultimi mezzi non sono purtroppo alla portata di tutti i medici pratici e sono assolutamente vietati se gli individui sono affetti da aneurismi, cirrosi epatica, dispnea, lesioni delle vie respiratorie, gravi alterazioni cardiache.

Il primo, il cateterismo, è un mezzo infido e pericoloso se non è usato da mani esperte, specie quando il corpo estraneo è in sede elevata o è già in sito da più di qualche ora, o quando esso è irregolare, e sopratutto quando è il caso di sospettare lesioni della mucosa esofagea.

Il metodo dell'affondamento del corpo estraneo nello stomaco, e che qualche Autore raccomanda, (Blodian, Saloz, Cottin, Moure), è un procedimento cieco e pericoloso, specialmente quando non si conosce esattamente la natura ed i caratteri della superficie del corpo estraneo, potendo questi avere degli angoli puntuti, taglienti ed irregolari capaci di ferire lo stomaco e l'intestino.

L'estrazione per via artificiale con la faringotomia retro-tiroidea, l'esofagotomia esterna cervicale e transmediastinica e la gastrotomia, è sempre grave e ci si ricorre solamente in casi o di asfissia imminente o di compressione laringo-tracheale, o in presenza di corpi molto voluminosi, solidamente incuneati e chiudenti il lume dell'esofago, o per corpi aguzzi, taglienti, il cui minimo spostamento riuscirebbe pericoloso, come una lama di coltello o un apparecchio dentario a punte taglienti.

Questi interventi poi non sono accessibili a tutti i medici pratici, richiedendo essi una buona pratica chirurgica.

La prognosi dei corpi estranei dell'esofago è quasi sempre grave, per cui il medico non deve abbandonare l'ammalato se non quando lo ha liberato dall'affezione.

L'estrazione dei corpi estranei dall'esofago presenta molte volte delle difficoltà non lievi pur avendo a disposizione vari strumenti che rendono facile la estrazione modificando la posizione di detti corpi o incappucciandone le parti sporgenti ed acuminate o deflettendone gli uncini, o frammentando il corpo estraneo onde permettere una più agevole estrazione in più volte.

Così è in uso una numerosa serie di apparecchi costruiti in generale dalla casa Fischer di Freiburg, (Baden), quali lo strumento di Starck per la estrazione di bottoni, di aghi, di spilli; la pinza saggia-tumori; la morsa di von Hacher per deflettere gli uncini; la pinza a prese intermittenti di Guisez; quella divaricatrice di Chevalier Jackson per estrarre rocchetti, anelli; lo spezzettatore di Makkas (1908); il trituratore di Kahler (1909); la pinza esofagea del Collin (1909), per la estrazione delle spille di sicurezza ed il morceleur, pure del Collin, per rompere le scheggie di ossa; la pinza per fagiuoli di Killian; la sonda a gomito di Felizet, il parapioggia di Fergusson; il panierino di Graefe; l'uncino di Kirmisson per la estrazione di monete, bottoni, ecc.

Questi due ultimi, fra tutti gli strumenti sopra accennati sono i più usati per il fatto che, in generale, i corpi che con più frequenza penetrano nell'esofago sono quelli discoidali e fra questi si osservano specialmente le monete ed i bottoni.

L'estrazione, alla cieca, di questi corpi con il panierino di De Graefe o con l'uncino di Kirmisson non è scevra di inconvenienti.

Il panierino di De Graefe, che, in generale, è usato per la estrazione di corpi di un certo volume (dentiere, ecc.) può dare luogo a seri accidenti immediati e remoti. Per esempio, esso, qualche volta, pur essendo passato nel canale esofageo, non ha più potuto essere estratto (Walter, Lejars, Guisez), od ha prodotto notevoli ulcerazioni (Le Dentu, Weiss), e persino rotture e perforazioni della parete esofagea, (Schmiegeloff, Killian, Guisez, Voss, Thomas).

Inoltre per la sua forma stessa e per la sua mobilità nel momento della estrazione può facilmente avvenire che esso afferri la parete esofagea o si uncini alla cricoide e, tirato brutalmente, produce delle lacerazioni che, talvolta, possono essere mortali.

Felizet racconta che venne chiamato una volta presso una donna che aveva nell'esofago un paniere di De Graefe uncinato alla cricoide e che egli riuscì ad estrarre dilatando il condotto al davanti del paniere uncinato, mediante una grossa spugna imbevuta di olio che egli aveva introdotto nell'esofago.

L'uncino di Kirmisson non offre che una minima parte degli inconvenienti e dei pericoli del paniere di De Graefe, ma non sempre raggiunge lo scopo.

Gli Autori sono discordi circa il modo ed il tempo in cui debba essere usato.

Lemaitre ne è entusiasta, Judet-Ponneau lo trova pericoloso dopo 5-6 giorni di degenza del corpo estraneo nell'esofago. Gaubel crede sia dannoso usarlo dopo una degenza di 14 giorni, mentre invece i chirurghi Felizet, Pietri, Guisez, Bajand e Broca l'hanno usato quando il corpo estraneo soggiornava già da varie settimane nell'esofago.

L'uncino di Kirmisson è certo fra i metodi ciechi, ma quando è usato da mani esperte, è il metodo più sicuro e meno pericoloso; esso può rendere dei grandi servigi quando lo si adoperi metodicamente, con la massima calma. Fuori di queste condizioni è troppo pericoloso e non è consigliabile che ad esso ricorra un pratico isolato, che non se ne è mai servito.

Credo utile, ai fini della presente nota, riferire due casi di corpo estraneo dell'esofago capitati alla mia osservazione durante i mesi di giugno e settembre di questo anno.

CASO I. — Martina D., di anni 11, di Civitella, venne condotta, il 3 giugno u. s. dietro consiglio del suo medico, all'ambulatorio del mio Ospedale per essere sottoposta all'estrazione di un bottone rotondo del diametro di oltre 3 cm. che diceva di avere inghiottito inavvertitamente 4 giorni prima.

La p. al momento dell'accidente occorsole aveva avuto degli accessi di soffocazione e degli sforzi di vomito che durarono circa un'ora, dopo di che nessun altro disturbo venne a tormentarla.

Il medico locale, quando giunse, trovò la ragazza in condizioni normali, e non appena, 4 giorni dopo, sopravvennero improvvisamente dei forti accessi di soffocazione, accompagnati da estrema angoscia e cianosi, me la inviò d'urgenza per le cure del caso.

Collocai la piccola paziente in modo da poter esaminare con la maggiore luce possibile il palato, i pilastri, le tonsille, il fondo del faringe, indi portai il dito ad uncino dietro la base della lingua ed esplorai il segmento inferiore della faringe sino alla cricoide, e dopo, con l'indice rivoltato, tutta la cavità naso-faringea.

Non riuscii a percepire nessun ostacolo. Tastai il collo, a sinistra dello sterno-mastoideo, sul margine anteriore, dove l'esofago è più palpabile e mi parve di avvertire un certo indurimento.

Volli tentare una leggera esplorazione con la sonda esofagea che introdussi lungo la parete posteriore dell'esofago con la massima delicatezza.

Ad un certo punto, e precisamente dopo il secondo restringimento, ebbi la sensazione netta di un arresto e di uno sfregamento alquanto rude.

Ritirai cautamente la sonda e preso l'uncino di Kirmisson, lo introdussi sull'indice sinistro che mi serviva di guida e lo feci scivolare, col becco indietro, lungo la parete posteriore dell'esofago — come feci per la sonda — sino a contatto col corpo estraneo che percepii nettamente e che sorpassai inchinandone fortemente l'asta in avanti.

Dopo di che, avuta la sensazione di avere *caricato* il bottone, tirai in alto, lentamente, tenendomi come meglio potevo sulla linea mediana.

Con mia viva soddisfazione riuscii così a tirare fuori il bottone senza provocare nella ragazza il minimo incidente.

CASO II. — Cesarina B., di anni 3, il 19 settembre venne condotta dalla mamma al mio ambulatorio perchè qualche ora prima, mentre una sorella maggiore la trastullava sulla porta di casa, aveva inghiottito un bottone di metallo.

L'aspetto della piccola paziente era oltremodo impressionante: il viso era atteggiato a viva sofferenza, i conati di vomito e gli accessi di soffocazione si susseguivano a brevissimi intervalli, gli occhi erano sporgenti, si notava qualche accesso di convulsione generale, e l'articolazione della parola era molto ostacolata.

Data l'estrema gravità del caso e temendo più gravi conseguenze, collocai subito la bambina nella più conveniente posizione e con l'aiuto della suora infermiera che reggeva la testa della paziente, dopo una esplorazione digitale fatta nel retro-bocca con esito negativo, introdussi una sonda semirigida che feci scivolare lentamente lungo il canale esofageo ricevendo la sensazione di avere urtato contro un ostacolo a 22 centimetri dalla apertura labiale.

Dolcemente ritirai la sonda e con i più cauti movimenti introdussi l'uncino di Kirmisson che feci scendere lentissimamente lungo la parete posteriore del canale con l'uncino rivolto in avanti.

Quando ebbi la sensazione di avere oltrepassato l'ostacolo, con la stessa lentezza e cautela compii i movimenti di trazione riportando in su e poi all'esterno l'uncino con il bottone inghiottito.

Detto bottone aveva il diametro di 2 cm. e lo spessore di mezzo cm.

La bambina non ebbe a soffrire del più piccolo incidente.

Da quanto sopra ho detto e dai due casi riferiti credo si possano trarre le seguenti conclusioni:

1) che quando ci troviamo davanti a casi di corpi estranei nell'esofago o nel faringe, sia urgente procedere alla liberazione di detti organi da questi ospiti pericolosi;

2) che non avendo a disposizione un apparecchio di radioscopia nè di radiografia, mezzi questi ideali e veramente di elezione, gli strumenti *ciechi* più adatti per compiere l'estrazione di simili corpi estranei siano principalmente l'uncino di Kirmisson e qualche volta la pinza esofagea;

3) che l'uncino di Kirmisson richiede una notevole pratica strumentale che non sempre si trova nel medico pratico.

I casi da me riferiti sono di un certo interesse:

1) per il volume notevole dei corpi estranei, (cm. 3 1/2 e 2 di diametro);

2) per la relativa tolleranza dimostrata dall'esofago;

3) per il fatto che fu possibile la estrazione di essi per la via naturale, senza incidenti di sorta.

Valentano, novembre, 1924.

BIBLIOGRAFIA.

BRIN. Bull. et mém. de la Soc. de Chir., 1911, pag. 773.
CHEVALIER JACKSON. Journal Americ. Med. Assoc., 29 settembre 1923.
LEJARS. Acad. de méd., 10 gennaio 1899.
MORONE G. Resoconto Soc. Med. Chir. di Pavia, 3 dicembre 1920.
QUENU. Revue de Chir., 1914, 1, pag. 791.
RECOVERY. Boston med. and Surg. Journal, 16 dicembre 1886.
SERILLEAU. Révue de Chir., 1914, 1, pag. 793.

TECNICA.

LABORATORIO DI MICROGRAFIA E BATTERIOLOGIA DELLA DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA diretto dal prof. B. GOSIO.

Tecnica per ottenere la stabilità nelle preparazioni microscopiche delle farine

per il dott. VINCENZO MARINO, assistente.

In una mia precedente nota comparsa in questo stesso periodico (1), mi sono occupato della colorazione coll'jodio dei preparati microscopici a fresco delle farine. Non conoscendosi fin oggi alcun metodo che ci consenta di ottenere preparati microscopici duraturi di farine, appunto per le facili alterazioni cui a lungo andare vanno soggetti i granuli di amido, ho iniziato una serie di esperienze allo scopo di riparare a questa lacuna.

Essendo riuscito all'intento, credo opportuno comunicare i risultati delle mie ricerche da cui risulta appunto la possibilità di allestire preparati sia per tenersi in laboratorio come confronto, sia a scopo peritale, potendosi in tal modo produrre, insieme alla perizia, i preparati dei campioni esaminati.

Dirò subito che con le farine non colorate non si ottengono buoni risultati perchè esse mal si prestano alla osservazione, non riuscendo nettamente visibili i granuli di amido, i quali inoltre vengono ad alterarsi facilmente nella loro morfologia. Per queste ragioni mi son servito del metodo della colorazione coll'jodio, del quale avevo già precedentemente sperimentato i buoni risultati che a questo scopo si ottengono, impiegando opportune diluizioni.

A proposito dei preparati a fresco, consigliavo di adoperare diluizioni costituite da nove gocce di acqua distillata, cui si aggiungono tre gocce di liquido di Lugol. Tale diluizione rappresenta infatti l'optimum per la colorazione in genere di tutte le farine; però è da notare che la intensità di colorazione assunta dai vari granuli di amido varia, per quanto entro limiti ristretti, con la natura degli amidi stessi. A questo fatto, se non è estranea la grandezza del granulo di amido in esame, pare vi influisca pure la qualità stessa dell'amido, e la ragione di questo fatto, da me osservato, risulterà, secondo le convinzioni che mi son potuto formare dallo studio degli amidi e secondo le conoscenze che fin'oggi abbiamo sulla struttura dei loro granuli, in altro mio lavoro sulle farine che ho tuttora in corso di studio.

Per tale ragione, allo scopo di allestire preparati opportunamente colorati, consiglio di adoperare almeno tre diluizioni, delle quali la prima costituita, come già ho detto, da 9 gocce di acqua distillata + 3 gocce di liquido di Lugol, e le altre due, contenenti rispettivamente qualche goccia di Lugol in più ed in meno della prima. In tal modo, mediante preparati a fresco si osserva quale delle tre diluizioni dà la migliore colorazione, e questa si adopererà per allestire i preparati permanenti.

Quanto alla tonalità di colorazione da dare ai preparati, consiglio in modo speciale di non produrla mai troppo intensa, ma solo fino a dare ai granuli di amido una leggiera tinta azzurra. È indispensabile attenersi a questo particolare per la buona riuscita del metodo perchè in questo modo le caratteristiche del granulo di amido si apprezzano molto bene, mentre ipercolorando, il granulo apparirebbe come una massa colorata intensamente ed uniformemente in bleu.

Credo bene inoltre ricordare, cosa già accennata nel precedente lavoro, che il liquido jodio-jodurato agisce sui granuli di amido da fissatore, onde questi rimangono assolutamente inalterati, ottenendosene la fissazione contemporaneamente alla colorazione.

TECNICA. — Nel primo tempo il procedimento è identico a quello da seguire per allestire i preparati a fresco di farine colorate: Si emulsionano poche ansate di farina in tre vetri da orologio, contenenti rispettivamente le suddette diluizioni di liquido jodio-jodurato.

Mediante preparati a fresco si osserva quale è il vetrino da orologio ove gli elementi della fa-

(1) V. MARINO. *Colorazione dei preparati microscopici delle farine coll'jodio: tecnica e vantaggi del metodo.* Policlinico, Sez. pratica, anno 1925, num. 42.

rina si son colorati con quella tonalità desiderata e si scartano gli altri due vetrini.

Dal vetrino di orologio prescelto si prelevano quindi con una bacchettina di vetro delle gocce di emulsione che si depongono in altrettanti vetrini portaoggetti ben tersi. A questo proposito osservo che, prima di fare il prelevamento delle gocce, è bene rimescolare ripetutamente, con la stessa bacchettina di vetro, la miscela contenuta nel vetrino da orologio, e ciò per evitare che i fenomeni di sedimentazione alterino il reperto.

I vetrini portaoggetti così preparati vengono deposti al sicuro della polvere e si lasciano a sè finchè non siano bene asciutti. Quindi, senz'altro trattamento, si monteranno direttamente in balsamo come i comuni preparati istologici.

Volendo seguire una tecnica più sbrigativa, per asciugare le gocce deposte sui portaoggetti, si può far uso del lento calore di una microlampada, però in questo modo è bene che i preparati siano colorati un po' più intensamente, altrimenti si scolorerebbero quasi completamente per evaporazione dell'iodio.

Asciugando i preparati col calore si deve notare che i granuli di amido non rimangono colorati in azzurro, ma acquistano una tinta rosso-mattone che si presta pure bene alla osservazione microscopica, poichè, anche in questo modo, i caratteri morfologici dei granuli non vengono menomamente alterati.

A questo secondo metodo però, che acquistando una certa manualità, dà pure buoni risultati, consiglio di preferire il primo perchè non è difficile che, eccedendo nel riscaldamento, i granuli di amido possano alterarsi. Pertanto credo bene notare che, qualora volesse usarsi quest'ultimo metodo è bene che alternativamente si scaldi lievemente il vetrino e quindi vi si soffi sopra leggermente, perchè così lo spostamento d'aria che si determina, oltre a facilitare l'asciugamento, influisce favorevolmente a non fare riscaldare troppo il preparato.

I preparati allestiti con questi metodi si conservano a lungo inalterati. I granuli di amido rimangono morfologicamente integri ed in più presentano all'osservazione, rispetto agli usuali preparati a fresco di farine non colorate, quei vantaggi ai quali accennai nella mia nota sulla colorazione dei preparati a fresco, vantaggi che non sto a ripetere ma che facilitano grandemente sia l'osservazione come la diagnosi dei campioni di farine.

Roma, 23 novembre 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Forme chirurgiche della tubercolosi tiroidea.

(P. AUBRIOT. *La Presse méd.*, n. 72, 1925, p. 1207).

La tubercolosi tiroidea, tanto rara da esserne fino ad alcuni anni or sono negata l'esistenza, si può presentare sotto forma di *lesioni mediche* o di *lesioni chirurgiche*.

Con le prime si hanno tubercoli in tutte le glandole oppure sclerosi atrofica o ipertrofica dell'organo, o disturbi vascolari dovuti all'azione delle tossine specifiche.

Nelle forme chirurgiche si può avere l'ascesso freddo o l'infiltrazione che porta alla degenerazione caseosa o fibrosa dell'organo.

I casi pubblicati di tubercolosi « incapsulata » della tiroide, unicamente interessanti dal punto di vista chirurgico, sono pochissimi. L'A. ne riporta, illustrati in succinto, 16 casi pubblicati da altri AA., ed aggiunge un caso personale.

Trattavasi di una donna di 52 a., che da 19 a. aveva un piccolo nodulo di gozzo dell'istmo; a destra da 2-3 mesi notò la comparsa di una tumefazione gradualmente accrescentesi fino alla grandezza di un uovo di pollo. Dolori irradiati a tutto il collo ed alla cintura scapolare; dispnea notturna; micropoliadenopatia cervicale. Bronco-alveolite biapicale.

Diagnosi: gozzo nodulare. Con l'operazione si asporta nell'istmo una cisti facilmente enucleabile; nel lobo destro la tumefazione è aderente su tutti i lati della massa glandolare, con organi della respirazione e nervi. Nella dissezione ed asportazione si lede il ricorrente. Chiusura e guarigione per primam.

La tumefazione del lobo d. si presenta come tessuto grigio-roseo, denso come fibroma, che microscopicamente appare costituito da tessuto fibroso giovane, ricchissimo di cellule, con numerose cellule giganti in mezzo ad ammassi nodulari linfoidi; non degenerazione caseosa.

Non fu potuta dimostrare la presenza di bacilli tubercolari, rarissimamente messa in evidenza anche da altri AA. Per la precedente fissazione del pezzo non fu quasi mai praticata l'inoculazione agli animali.

Favre e Savy insistono sulla somiglianza delle lesioni istologiche della tubercolosi e della sifilide, in questo caso esclusa per la negatività della R. W. e per la coesistenza di lesioni pulmonari e per la polimieroadenopatia.

Il caso dell'A., come quelli illustrati da Creite, da Tinier e Savy, sono tipici di tubercolosi fibrosa pura della tiroide, dalla scuola di Lione indicata come tiroidite lignea di origine tubercolare. Pinoy riconobbe che la sclerosi accompagna l'evoluzione della tubercolosi della glandola tiroide, come anche in altri organi quali il fegato, il pancreas, ecc.

Toni dimostrò che la sostanza colloide tiroidea attenua la violenza del bac. di Koch e Shimodaïra riconosceva che la tiroide è più difficilmente lesa che il testicolo, la milza, il rene dalla tubercolosi.

L'infezione avverrebbe per via ematica; nella primitività delle lesioni, asserita da alcuni, non si ha conferma, nè si potè mettere in evidenza il focolaio primitivo di origine, per lo più pulmonare.

La diagnosi di ascesso freddo tiroideo o di gozzo tubercolare non fu mai fatta, se non da Schiller. Nella prima forma la puntura esploratrice può soltanto riuscire utile. Innanzi tutto è da precisare la diagnosi di sede.

L'età dei malati, in alcuni casi, la rapidità dell'evoluzione, la durata, le aderenze, il carattere diffuso della massa farebbero pensare a neoplasma epiteliale o connettivale. Il primo specialmente, secondo Pauchet, si svilupperebbe su gozzo preesistente.

Le irradiazioni dolorose all'orecchio ed alla nuca si hanno tanto in casi di tumori maligni che di tubercolosi della tiroide, e solo nel caso illustrato da Camera non si ebbe dolore.

La cura deve consistere nell'ablazione della zona degenerata, al di là del limite della lesione.

JURA.

Le paratiroidi nel loro rapporto con la chirurgia del gozzo.

(R. VALKANYI. *La Presse méd.* n. 28, 1925, p. 452).

L'A. fa notare che su 2000-3000 operazioni all'anno praticate nella Clinica di Budapest, presso la quale ha compiuto il presente studio anatomoclinico, ogni anno si praticano 150-200 operazioni di gozzo.

La mortalità conseguente all'operazione di gozzo è secondo Sebilau negativa su parecchie centinaia, dell'1 ‰ secondo Bérard; non infrequenti sono recidive, in seguito alle quali l'intervento è difficoltosissimo. Gli incidenti operatorii sono le lesioni del ricorrente, e tra quelli postoperatorii a volte la tetania.

La tetania postoperatoria è una complicazione frequente: su 400 operazioni di gozzo nella Clinica di Budapest negli ultimi tre anni, essa avvenne 3 volte. Nella letteratura su 15,000 operazioni di gozzo illustrate ve ne sono descritti 179 casi, dei quali 146 dopo il 1910; avviene quindi nell'1-2 %, e considerando che ne causa la morte una volta su quattro e che nel gozzo si ha una mortalità postoperatoria di 1-3 %, si comprende quale parte possa averne la tetania. A Budapest su 388 gozzi in 236 si trattava di gozzi semplici, diffusi, a nuclei aderentissimi, per i quali occorse resezione bilaterale nel 60 %, una enucleazione nel 25 %, una resezione unilaterale nel 10 %, una emitiroidectomia nel 5 %; si ebbe in questi gozzi semplici una mortalità postoperatoria del 0,9 %.

Le paratiroidi ordinariamente sono situate sul bordo posteriore dei lobi tiroidei; le ricerche anatomiche dell'A. furono compiute su 225 cadaveri, tra i quali 44 portatori di gozzo, non operati, morti di malattie intercorrenti; le indagini macroscopiche vennero confortate da esami istologici. Dalle sue indagini risulta:

4 glandole nel 70 % dei casi; 3 glandole nel 24 %, 2 glandole nel 5 %, 1 glandola nell'1 % dei casi esaminati. Nei 2/3 erano assenti le glandole inferiori, in 1/3 le superiori. Le inferiori erano quasi sempre più voluminose delle superiori.

Il peso globale delle 4 glandole nell'adulto va da 0,42 a 0,07 gr.; quando esistono 3 o 2 glandole il peso minimo è di gr. 0,04; la più piccola glandola riconoscibile è di 1 mmc; nel 18 % dei casi con ipoplasia paratiroidea il volume era ridotto al terzo o al quinto di quello normale.

Topografia delle paratiroidi. Le superiori normalmente si trovano nel bordo posteriore dei lobi tiroidei al disopra della penetrazione della tiroidea inferiore. Nel 23 % dei casi han sede anomale: alta (6 %), laterale (8 %), assiale (9 %). Le paratiroidi inferiori si trovano normalmente nella parete posteriore dei poli tiroidei inferiori; nel 26 % dei casi han sede anomale: alta-laterale (3 %), anteriore-assiale (18 %), timica (5 %).

Nel 6 % dei casi le glandole paratiroidi dello stesso lato sono ravvicinate tra di loro; nel 4 % si trovano sotto la capsula propria della tiroidea, invece che tra la capsula propria e la esterna o viscerale; nell'1 % sono intratiroidee. In generale, le paratiroidi essendo 4, occorrono diversi fattori per esporre ad accidenti di tetania postoperatoria dovuti alla costituzione anatomica (ipoplasia, situazione sfavorevolmente multipla). La ipoplasia dalle ricerche dell'A. risultò nel 18 % dei casi, ed essa si può clinicamente ricercare con il segno facciale di Chvosteck, col quale si destà con colpi di martello davanti al facciale contrazione dei muscoli mimici della faccia corrispondente, quando vi è tendenza alla spasmofilia, da ipoplasia paratiroidea; in questi casi l'operazione è controindicata.

Per l'intervento l'A. consiglia il metodo di Enderlen-Holtz (legatura dei 4 peduncoli vascolari e resezione bilaterale), con il quale, essendone nella letteratura illustrati 3000 interventi in questi ultimi 6 anni, non si ebbero incidenti nocivi (nel 2 ‰ tetania leggera); nè tampoco si ebbe mai recidiva. Nella Clinica di Budapest, adoperato tale metodo in 50 casi, non diede disturbi postoperatorii.

JURA.

MEDICINA.

Uso ed abuso della terapia endocrina.

(BROWN e VINCENT. *British Medical Journal*, 5 dicembre 1925).

I presupposti teorici che facevan ritenere i preparati endocrini come la panacea di molti o di quasi tutti i mali hanno subìto in pratica uno scacco. A dir meglio la generalizzazione di alcuni sicuri successi forniti dall'organoterapia ha messo in evidenza errori di metodi, che si sono scontati con gravi disillusioni. L'applicazione pratica ha fatto rilevare che i metodi di preparazione ed il modo di somministrazione hanno grande influenza sull'efficacia dei preparati endocrini. Si è voluto per ogni forma morbosa legata a deficienza più o meno accertata di determinate glandole a secrezione interna agire terapeuticamente somministrando estratti dell'organo supposto leso, ma in pratica questa terapia di sostituzione si è dimostrata efficace solo per la tiroide ed il pancreas, dovendosi rilevare al riguardo che gli altri due prodotti sui quali si può fare assegnamento, l'adrenalina e l'ipofisina, agiscono farmacologicamente come ogni altra droga.

Gli estratti degli altri organi endocrini non hanno finora corrisposto alle speranze, che l'abile propaganda di case commerciali ha fatto sorgere. Queste ditte sulla scorta dei dati forniti dalle esperienze fisio-patologiche hanno preparato una gran varietà di prodotti; oramai ogni organo endocrino ha in commercio il suo prodotto, che è stato suggerito come il rimedio infallibile di svariati disturbi. La verità è che l'endocrinologia pur avendo basi robuste promettenti lo sviluppo d'un magnifico edificio, è ancora lungi d'aver raggiunto una solidità tale da consentire un'applicazione terapeutica sicura. L'esperienza ha purtroppo dimostrato anche in altri campi che i risultati ottenuti nei laboratori sono ben diversi da quelli che si ottengono nella clinica, dove l'empirismo ancora si fa giuoco della scienza. Tanto ciò è vero che ora hanno una certa voga i preparati pluriglandulari, che teoricamente dovrebbero avere un'azione nulla perchè contengono principi antagonisti, e la cui efficacia devesi verisimilmente mettere in conto del contenuto in estratto di tiroide.

È probabile che l'inefficacia di vari prodotti endocrini sia in rapporto al loro modo di preparazione, che non garentisce l'isolamento e la conservazione del principio attivo. D'altra parte è sicuro che la via di somministrazione nell'organismo ha un'importanza decisiva. Si sa in effetti che mentre l'estratto tiroideo è attivo se ingerito per os, l'insulina e l'ipofisina non agiscono se non introdotti per iniezione. L'estratto testicolare non ha alcuna azione, mentre sono molto marcati i risultati degli innesti.

Per altro qualunque sia la via di somministrazione gli estratti della glandula pineale e del timo non modificano affatto le condizioni morbose per le quali sono stati indicati. L'opoterapia ovarica non ha dato finora risultati sicuri.

La tiroide è forse l'unica glandula che dà risultati terapeutici incontestabili. Si somministra per via orale allo stato fresco o essiccata e ridotta in polvere. Quest'estratto è cinque volte più attivo della glandula fresca. Trova la sua indicazione specifica in tutte le forme nelle quali si ha rallentamento del metabolismo. Dà risultati sorprendenti nel mixedema. Si è dimostrata anche particolarmente efficace nell'obesità. È stata pure usata con vari effetti nelle forme di rallentato sviluppo dei bambini, nell'enuresi, nel pavor nocturnus, nell'epilessia, nel reumatismo, in alcune malattie della pelle, nelle discrasie emorragiche.

La paratiroide è considerata come l'antagonista della tiroide. Aumenta il contenuto di calcio nel sangue ed avrebbe azione sedativa. È stata adoperata nella tetania, nel piccolo male, nell'eclampsia, nei tremori, nella paralisi agitante ed in altre affezioni da lesione dei gangli basali. È stata trovata utile anche nell'ulcera gastrica, nella sprue e nelle ulceri varicose. Si somministra per bocca. I risultati però sono tutt'altro che sicuri e gli insuccessi prevalgono. In effetti è molto dubbio che il modo di preparazione garantisca la conservazione del principio attivo.

La funzione dell'ipofisi è molto complessa e non ancora molto ben precisata. La glandula consta di parecchie parti diverse per origini, costituzione e funzione. Non è dubbio che i preparati del lobo posteriore contengono principi che innalzano la pressione sanguigna, attivano la contrazione uterina ed intestinale e diminuiscono la poliuria del diabete insipido. Gli estratti agiscono solo se iniettati sottocutaneamente. La deficienza di funzione del lobo anteriore determina acromegalia e la sindrome adiposo-genitale di Fröhlich. La somministrazione dell'estratto di

lobo anteriore sia per via orale come per altre vie, non modifica gran che la condizione. La cooperazione funzionale dell'ipofisi con le glandule genitali ha indotto ad associare in terapia gli estratti ipofisari con quelli testicolari, ovarici e mammari con risultati non soddisfacenti.

L'insulina gareggia per efficacia con gli estratti tiroidei. Si ottiene dalle isole di Langerhans, ma si trova presente anche in altri tessuti animali e vegetali. La sua efficacia è essenzialmente legata al metodo di preparazione; non agisce se non iniettata sottocutaneamente. Alcuni autori però riferiscono di averla adoperata con successo anche per via orale. È un rimedio di valore incontestabile. Gli insuccessi sono rari. L'insulina è stata adoperata anche nell'ipertiroidismo, nel quale v'è abbassamento della tolleranza ai carboidrati ed iperglicemia. Brown ha somministrato l'insulina nell'ipertiroidismo acuto che segue alle operazioni sulla tiroide.

L'adrenalina, prodotto ricavato dalla sostanza midollare delle surrenali, ha un'influenza specifica sul simpatico, di cui eccita l'attività. È stata adoperata in tutte le affezioni determinate dall'iperattività del vago, come nell'asma. La sua azione, quando è somministrata per via orale, è molto debole. Quindi per via gastrica si deve propinare solo quando c'è da agire localmente sulle fibre simpatiche del tubo gastro-enterico, come nello spasmo esofageo, nel vomito e simili, oppure quando c'è da arrestare un'ematemesi. In effetti l'adrenalina è un potente vaso-costrittore ed in tal modo agisce applicato su qualsiasi mucosa (congiuntivale, nasale, ecc.). Iniettata per via sottocutanea o endovenosa innalza la pressione sanguigna, rinforza l'impulso cardiaco, rilascia i muscoli bronchiali e converte il glicogeno in zucchero. L'adrenalina non ha nessuna influenza sul morbo di Addison. L'estratto della sostanza corticale delle surrenali non ha alcuna azione terapeutica.

Gli estratti di altri organi come la milza, i reni, ecc., finora hanno un valore esclusivamente commerciale.

DR.

La pratica dell'autovaccinoterapia.

(A. BESSEMANS. *Le Scalpel*, anno 77, n. 39).

Tecnica del prelevamento. Si deve usare la massima asepsi, in modo da evitare delle infezioni secondarie. P. es., per il foruncolo si disinfetterà con la tintura di jodio, lasciandola seccare prima di incidere; le raccolte purulente, specialmente se si tratta di ferite aperte, si svuoteranno dapprima, in modo da raccogliere del pus il meno infetto secondariamente; la bocca e la gola si detergeranno e si disinfetteranno; l'urina si raccoglierà con una sonda asettica e non si prenderanno le prime gocce. L'invio al laboratorio si farà al più presto possibile; in qualche caso, come per il gonococco ed il meningococco, germi assai labili, sarà preferibile che il prelevamento sia fatto dallo stesso batteriologo. Le feci e gli sputi si raccoglieranno in recipienti sterili a collo largo; il pus in pipette Pasteur; il sangue in recipienti con bile di bue per prevenire la coagulazione. Quando si desideri un autovaccino sensibilizzato (che consiste nel tenere in contatto i microbi con gli anticorpi contenuti nel siero del malato stesso), si invierà, col prodotto morboso, anche una ventina di cmc. di sangue del malato.

La introduzione dell'autovaccino si farà abitualmente per la via ipodermica, scegliendo le regioni dove la cute sia abbastanza lassa, l'A. consiglia di incominciare con dosi basse di 10-20 milioni di germi aumentando lentamente e progressivamente, soltanto nel caso in cui la dose usata sia stata perfettamente sopportata. Si faranno in media due iniezioni per settimana, attendendo sempre, per fare la nuova, la fine completa della reazione provocata dalla iniezione precedente. Arrivati alle dosi forti di 3-5 miliardi, si distanzieranno le iniezioni a otto giorni e, se non si è raggiunto il risultato, tentare con l'introduzione per via endovenosa e rifare una nuova cura, possibilmente con un vaccino di nuova preparazione. In linea generale, evitare le reazioni focali, generali ed anche locali; di solito la vaccinoterapia va fatta senza che il malato si lamenti.

Indicazioni e controindicazioni generali. Siccome, con l'autovaccinoterapia si tende a provocare l'immunità attiva, ossia un'immunità che lo stesso organismo deve elaborare, la si praticherà soltanto in individui capaci di fornire ancora uno sforzo reazionale. La si userà quindi specialmente nei casi di infezioni localizzate poichè le setticemie non ne ritrarranno vantaggio che raramente. Siccome poi essa non produce i suoi effetti che dopo un certo tempo, e li mantiene per delle settimane, dei mesi ed anche degli anni, essa sarà indicata particolarmente nelle infezioni subacute e croniche anzichè in quelle acute.

Tenuto conto che i vaccini inoculati per via ipodermica od endovenosa provocano soprattutto la comparsa di un'immunità umorale, mentre che i cutivaccini (introduzione intradermica), gli enterovaccini (introduzione per le vie digerenti) e le medicazioni ai vaccini (applicazioni locali) danno in predominanza l'immunità locale, si consiglierà la prima via d'introduzione nelle infezioni profonde, mentre quelle delle mucose e della cute si tratteranno con i vaccini locali.

Considerando partitamente ogni singolo germe, si possono dare le seguenti indicazioni.

Stafilococchi. Le infezioni stafilococciche localizzate e profonde sono il trionfo dell'autovaccinoterapia. Ad essa si deve ricorrere nella foruncolosi, antrace, adeniti, osteiti e periostiti, otiti, sinusiti, mastoiditi, specialmente con tendenza alla cronicità. La si può anche tentare nelle dermatiti superficiali, nell'acne, nelle enteriti, prostatiti ed altre infezioni croniche. È sempre preferibile la via ipodermica, ma talvolta può essere utile la vaccinazione locale.

Streptococchi. Risultati in complesso meno favorevoli, sebbene non manchino i successi ed i casi di guarigione o di miglioramenti manifesti in casi di eresipela, linfangiti, peritoniti, artriti, osteiti, ecc.

Gonococchi. I risultati possono essere favorevoli, ma si deve usare un vero autovaccino gonococcico, che non è sempre agevole a prepararsi; spesso nella coltura si ottiene, col gonococco, lo stafilococco ed allora si userà un vaccino misto. La vaccinazione sembra efficace specialmente nelle infezioni croniche e nelle complicazioni profonde ben localizzate nei tessuti.

Meningococchi. L'autovaccinoterapia è un ottimo ausilio nel trattamento delle meningococcie tenaci, come sono quelle dovute ai parameningococchi, nelle meningococciemie e nelle meningiti croniche in cui nel canale si formano dei tramezzi indipendenti gli uni dagli altri, nei quali non arriva l'iniezione endorachidea di siero.

Bacilli del tifo, paratifo, dissenteria. Nessun vantaggio evidente (anzi talora dei danni) si ha nel tifo, salvo per le complicazioni tardive come le osteoperiostiti. Risultati migliori si hanno per le infezioni paratifiche e dissenteriche.

Colibacilli. Risultati variabili secondo la varietà colibacillare la localizzazione e l'evoluzione acuta o cronica dell'affezione. In generale le infezioni superficiali delle mucose non sono influenzate, mentre lo sono meglio quelle profonde.

Infezioni diverse. Molte, dovute ad un solo batterio od a più germi, risentono notevole vantaggio; sono fra queste, gli ascessi, le artriti, le osteiti, le affezioni oto-rino-laringologiche e ginecologiche, le pleuriti e l'asma.

In generale, si può dire che l'autovaccinoterapia ha ormai dato tutto ciò che poteva dare e cioè almeno quanto, e spesso assai più, che la stock-vaccinoterapia; ciò significa che nelle infezioni in cui quest'ultima si è mostrata impotente, poco si può sperare dall'autovaccinoterapia, la quale invece potrà essere applicata in tutti gli altri casi, specialmente se si tratti di infezioni croniche, profonde e bene localizzate.

In pratica, se l'identificazione dei germi si fa agevolmente, è consigliabile di fare subito una o due iniezioni di stock-vaccino che si sostituirà poi con l'autovaccino non appena questo sia pronto. Se poi la identificazione esigesse molto tempo ed una tecnica complicata e costosa, è inutile insistervi, ma è invece meglio preparare il vaccino senz'altro, poichè non vi è nessun germe che si opponga ad un tentativo del metodo.

Dal punto di vista teorico, l'interpretazione dell'eventuale successo non deve essere fatta nel senso di una colloidoclasia. Questa provoca abitualmente una reazione rapida e notevole, talvolta anche pericolosa per l'individuo. L'autovaccinoterapia invece realizza una immunizzazione graduale, specifica e per nulla incomoda; è quindi ad essa che si ricorrerà per prima.

FILIPPINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. H. COCHT u. Dr. H. DEBRUNNER. *Orthopädische Therapie.* Un vol. in-8° di 340 pag., con 279 fig. Edit. F. C. W. Vogel, Lipsia 1925.

Il carattere saliente del libro è la praticità e concisione, unite alla più perfetta chiarezza e vivacità dello stile non che ad ottima lingua e figure, che già risaltano fino dal 1° capitolo dedicato alle malattie sistematiche dello scheletro: tra queste la rachitide, come ognun sa, presenta speciale importanza. Nè abbiamo solo la nuda esposizione della cura, ma la descrizione di ogni intervento è completata dai necessari cenni intorno alla etiologia, patologia e quadro clinico della malattia. Altro carattere saliente dell'opera è di trattare i soli metodi curativi giudicati migliori e praticati dall'A., così che il lettore non si trova imbarazzato nella scelta fra più metodi descritti, come suole spesso avvenire nei testi completi e quasi direi cattedratici di una materia. Questa veste individuale del libro ne rende appunto più gradito e assimilabile lo studio.

Nel 2° capitolo, che tratta delle affezioni infiammatorie delle ossa e articolazioni, ha speciale importanza la tubercolosi, ove si pensi che dal 12 al 15% delle deformità derivano da un processo tubercolare. E naturalmente la profilassi e le cure generali dovranno andare di pari passo con la cura ortopedica locale. È poi commendevole la mobilizzazione a tappe delle rigidità articolari brevemente descritta a proposito delle artriti gonorroiche: questo *brisement* blando va ben distinto da quello forzato caduto in discredito a causa dei suoi pericoli e inconvenienti.

Il 3° capitolo è dedicato alle deformità del collo, della spina e del tronco: non si può che ap-

provare, oltre alle misure curative, la grande attenzione rivolta alla profilassi delle spalle rotonde e della scoliosi.

Il 4° capitolo comprende le deformità tipiche delle ossa tubulari lunghe: rientrano qui la *coxa vara* e *valga*, le arcuature del femore, il ginocchio valgo e varo, e i difetti ossei congeniti dell'arto inferiore, non che le deformità del braccio e avambraccio. Speciale ricordo merita la cura consecutiva delle fratture, ove l'A. giustamente avverte di aspettare prima dell'intervento cruento in molte presunte pseudoartrosi: infatti si tratta spesso invece di callo ritardato, che può consolidarsi anche 6 od 8 mesi dopo la lesione.

Il capitolo 5° abbraccia le deformità tipiche nel campo delle giunture e dei complessi articolari. Si capisce che particolare importanza ha la cura incruenta della lussazione congenita dell'anca. E merita di esser seguito il metodo degli AA., che nei casi di primitiva stabilità della riduzione fanno arrivare il gesso fino sopra al ginocchio, il quale così resta libero e mobile: ciascuno di noi, segnatamente in soggetti grandicelli che si avvicinavano al limite di età per l'operazione, ha dovuto combattere contro la molesta rigidità del ginocchio spesso consecutiva ai gessi estesi fino sopra ai malleoli.

Molto bene descritta è pur la cura del piede varoequino congenito, e si deve in massima esser d'accordo col metodo seguito dall'A. Soltanto può parere eccessiva la proscrizione dell'allungamento operativo del tendine di Achille nel piede varo del 1° anno di età e generalmente anche dopo: difatti si presentano dei piedi torti congeniti gravi anche in piccoli bambini, nei quali la tenotomia o allungamento alla Bayer del tendine di Achille (naturalmente non fatti mai prima del 9° mese di età) rendono più agevole e rapida la correzione ortopedica graduale della deformità.

Il 6° capitolo è dedicato alle paralisi: notevole è la parsimonia degli AA. nella pratica dei trapianti tendinei per esiti di paralisi flaccide (di solito poliomielitiche). Infatti l'abuso di questa operazione da parte di alcuni chirurghi le ha recato piuttosto discredito; si comprende che far dei trapianti senza avere a disposizione una sufficiente forza muscolare è come chi volesse fare un vestito senza la stoffa necessaria. Dopo la cura ortopedica chirurgica delle paralisi flaccide e di quelle spastiche segue un'utile appendice dedicata alla cura delle deformità o dei disturbi funzionali nelle forme più rare dipendenti da alcune malattie del sistema nervoso centrale: paralisi muscolari progressive, siringomielia, tabe dorsale, spina bifida e altre, comprese le nevrosi funzionali (crampo degli scrivani, ecc.).

Finalmente il 7° più breve capitolo ha per oggetto le malattie delle parti molli dell'apparato di movimento; appartengono ad esse la tendovaginite, il dito a scatto, la retrazione dell'aponevrosi palmare di Dupuytren, il reumatismo muscolare e altre affezioni.

Avrei voluto dilungarmi anche di più; ma bastino questi pochi cenni per dimostrare che il presente libro è un'opera molto pregevole, la quale non dovrebbe mancare in nessuno Studio di chirurgo generale, e tanto meno di uno specialista d'ortopedia. M. SALAGHI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

TATA R. *Le endocarditi infettive.* Un vol. in-8° di 334 pag., con fotografie e grafici. Maglione e Strini, ed., Roma, 1925.

Il vasto e complesso tema dell'endocardite infettiva è magistralmente svolto dall'A. in questa pregevole monografia che prospetta le nostre attuali conoscenze sull'argomento. Dopo avere illustrato la molteplice eziologia, ed in questa parte segnaliamo un interessante capitolo d'insieme sul determinismo dell'E. infettiva, l'A. passa a considerare l'anatomia patologica, per diffondersi poi largamente sulle manifestazioni cliniche. Fra le varie forme cliniche, è dato, come era naturale, più ampio sviluppo alla endocardite maligna a decorso prolungato, detta maligna da altri autori. Seguono da ultimo i capitoli sulla diagnosi, prognosi e cura ed una ricchissima bibliografia.

La trattazione, avvivata qua e là da resoconti di casi clinici, alcuni anche di osservazione personale ed illustrati con nitide fotografie e grafici, è esauriente ed euritmica. La pubblicazione risponde anche ad un bisogno dei lettori italiani che non avevano finora, oltre alle lezioni del Micheli sull'E. lenta raccolte da *Minerva medica*, nessuna monografia che li mettesse al corrente delle recenti acquisizioni in materia.

A. FILIPPINI.

P. CANTONNET. *Le Poumon Tuberculeux.* « Les petits précis ». A. Maloine et Fils. Paris 1925. Fr. 8.50.

Questo piccolo volume di circa 200 pagine, fa parte di una di quelle tante collezioni di piccoli manuali che vorrebbero essere particolarmente dedicati al pratico contenendo gli elementi principali di ogni specialità o parte della medicina, tralasciando tutto quanto costituisce un più vasto studio di ogni malattia, o gruppo di malattie. Non facile compito è il riunire in così breve mole quanto può e deve essere conosciuto dal medico pratico sulla tubercolosi polmonare, sia nei riguardi della sintomatologia che in quelli della anatomia patologica, della clinica e della

terapia. Questo manuale costituisce più che altro una guida schematica che può essere di qualche utilità allo studente ed al medico per intraprenderne poi un più dettagliato e più completo studio.

TR.

H. BRAENNING e F. LORENTZ. *Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung durch die Schule.* II Auflage. J. Springer, Berlin 1925. M. 2.50.

Il contagio tubercolare nella infanzia costituisce uno dei problemi più importanti sia scientifici che sociali in rapporto collo sviluppo dell'infezione tubercolare e colle varie manifestazioni di essa nella adolescenza e nell'età adulta. Questo piccolo manuale del Braenning e Lorentz è dedicato particolarmente alla parte che rappresenta la scuola in questo problema, ed espone e discute tutti i vari elementi che possono e dovrebbero essere impiegati per evitare che la scuola possa costituire un mezzo di contagio per i fanciulli, e per ottenere invece che essa rappresenti un aiuto nella lotta che con ogni mezzo si deve intensificare contro l'infezione tubercolare.

TR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 6 giugno 1925.

Igroma bilaterale della « bursa subserrata ».

L. TORRACA. — L'O. illustra il caso di una donna di 52 anni, la quale un giorno venne proiettata violentemente con il dorso contro una vettura. All'E. O. si osservano sul dorso, e precisamente al disotto dei due angoli scapolari inferiori, due tumefazioni simmetriche, quella di destra grande come un arancio, quella di sinistra come un grosso mandarino. Entrambe erano fluttuanti e situate al disotto del muscolo grande dorsale. All'operazione si trovarono due saccocce a pareti abbastanza spesse, l'isolamento delle quali dalla parete toracica riuscì piuttosto faticoso per le forti aderenze che esse presentavano con il periostio delle costole e con i muscoli intercostali.

L'esame anatomico rivelò che la borsa di sinistra presentava sulla parete interna dei bottoni e delle travàte non molto sporgenti, mentre in quella di destra si osservavano numerose formazioni lamellari che dividevano la cavità in parecchie concamerazioni. All'esame microscopico la parete delle due borse si presentava formata da un connettivo che verso l'esterno era fortemente fibroso, mentre verso la superficie interna mostrava le lesioni caratteristiche degli igromi (ricca vascolarizzazione, focolai emorragici, degenerazione fibrinoide); la diagnosi è perciò di igroma delle due « bursae subserratae ».

L'O. accenna ai casi riferiti in letteratura e crede che nel proprio caso si trattasse di un igroma emorragico.

Per quel che riguarda la patogenesi egli pensa che il trauma abbia determinato nelle due borse mucose una pachiborsite alla quale sono poi seguite in secondo tempo delle emorragie e ciò perchè la tumefazione si determinò bruscamente soltanto parecchi giorni dopo il trauma.

Contributo allo studio della lussazione pseudo-congenita dell'anca.

N. CAPRIOLI. — L'O. riferisce di aver avuto occasione di osservare di recente una piccola paziente di 3 anni la quale presentava una deformazione caratteristica della regione coxo-femorale sinistra ricordante il quadro della lussazione congenita dell'anca.

L'esame radiografico mostrò una completa assenza del collo e testa femorale con scomparsa quasi completa della cavità acetabolica. Si diagnostica: luxatio pseudo-congenita coxae (luxatio osteo-mielitica).

La lesione fu originata da un processo suppurativo acuto iniziatosi nella mammella e ripetutosi, per metastasi nella regione coxo-femorale. Presenta la radiografia e riferisce sul trattamento ortopedico.

Sull'azione della rachianestesia nell'ileo paralitico.

R. PALMA. — L'O. ha notato l'apertura dell'alvo dopo 3-5 m. dall'introduzione dell'anestetico nello speco vertebrale, specialmente nella chirurgia d'urgenza per affezioni addominali varie (strozzamenti intestinali, ileo paralitico per peritonite puerperale, ecc.). In tali casi egli si domanda se il fatto costituisca un inconveniente o non piuttosto un beneficio, la cui portata è valutata nel suo vero pregio da chi si accinge, come spesso accade negli interventi portati sull'addome per occlusione, ad affrontare un'incognita.

Seduta del 20 giugno 1925.

Contributo alle indicazioni e alla tecnica delle rinoplastiche.

A. ALHAIQUE. — In un'inferma che in seguito a lupus, perfettamente guarito con la finsenterapia, aveva riportato distruzione completa del lobulo del naso e della parete anteriore delle narici, l'O. ha praticato una rinoplastica con un lembo cutaneo cartilagineo peduncolato brachiale, fissato nella posizione di Tagliacozzi, previa preparazione del campo operatorio nasale, ove due lembi cutanei vennero arrovesciati in basso per formare la mucosa del naso nella porzione corrispondente alla parte anteriore delle narici. La cartilagine era stata prelevata dal margine infe-

riore dell'8ª costola e innestata sotto la cute del braccio cinque settimane prima.

L'O. passa rapidamente in rassegna la storia dei trapianti liberi cartilaginei e mostra le fotografie della operata prima e dopo l'intervento.

Cura delle ernie ombelicali mediante il cerchiaggio dell'anello con il filo di bronzo.

R. JANNI. — Presenta due operate con il metodo suddetto. In entrambe si è praticata anche un'ampia lipectomia delle pareti addominali anteriori. In ambedue ha messo in atto il metodo semplice e rapido di Paolo Moure; descrive quindi l'atto operativo.

All'O. pare che la semplicità, la rapidità non si possono negare a questo processo che finora gli dà affidamento nelle sue operate anche per la solidità. Nelle voluminose ernie ombelicali strozzate, associato con l'anestesia locale o regionale crede che sia indicatissimo.

Sullo stato attuale della radioterapia del cancro (con numerose proiezioni).

L. PIERGROSSI. — Premessa una sommaria descrizione degli apparecchi Röntgen per terapia e delle proprietà cardinali dei raggi X, l'O. parla dell'effetto distruttivo dei raggi sulla cellula animale.

Dopo aver accennato alla legge di Tribondeau-Bergonié, alla «dose eritema» di Wintz ed all'«indice cariocinetico» l'O. discute la ragione degli insuccessi con la tecnica di Wintz.

Basandosi su questi concetti, fin dal principio del 1924, l'O. ha cercato di istituire un metodo di irradiazione molto prolungato dell'utero e della mammella, il quale gli ha dato ottimi risultati.

Con ciò certamente non è risoluto il problema della guarigione del cancro. Nondimeno, risultati oltremodo incoraggianti si avranno, e con lunghe sopravvivenze, quando è possibile fare una diagnosi precocissima, una asportazione chirurgica generosa, seguita da un trattamento radioterapico il più che possibile prolungato.

F. BUONOMO LA ROSSA, *Segretario.*

Associazione Medico-Chirurgica Nissena.

Seduta del 3 settembre 1925.

Presidenza: prof. G. PIAZZA TAORMINA, pres.

La lotta sociale contro il cancro.

Dott. IGNAZIO SCARLATA. — L'O. si intrattiene lungamente sulla invadenza impressionante del cancro in tutti gli strati sociali.

Dopo avere accennato alle varie teorie sulla etiopatogenesi, propone che nell'Ospedale Vittorio Emanuele II di Caltanissetta, possa sorgere al più presto un centro diagnostico per il cancro, mettendo a disposizione dei letti per il sollecito internamento degli ammalati sospetti; in modo tale che si possa venire ad una diagnosi precoce del tumore e ad un tempestivo intervento chirurgico.

Un caso di favo generalizzato.

Dott. ANTONIO CAMMARATA. — L'O. mostra un caso raro di favo generalizzato in tutto il corpo in una ragazza di anni 14. La ragazza ne era affetta da circa un anno e mezzo: esso ha avuto inizio alla testa ed indi diffuso a tutto il corpo, specie alle regioni estensorie delle braccia e delle gambe. Quello che è notevole nel caso di discussione si è la poca estensione dell'infezione alla testa, occupandone una breve superficie, in rapporto alla vasta diffusione in tutta la superficie del corpo.

Dati statistici sulla mortalità per tumori maligni in Caltanissetta nel decennio 1915-1924.

Dott. ANTONIO CAMMARATA. — L'O. fa una rapida esposizione dei risultati della sua inchiesta sulla mortalità per tumori maligni.

L'O., per quanto dalle cifre da lui esposte, non possa venire ad una qualsiasi deduzione, tuttavia crede, che non vi sia un reale aumento nella mortalità per tumori maligni; pensa ancora che data la importante localizzazione dei tumori all'apparato digerente, sia da studiarsi il genere di alimentazione, potendo da questa detrarre qualche utile ammaestramento.

Il PRESIDENTE ringrazia gli oratori delle loro belle relazioni e fa voti che il centro diagnostico per il cancro fra breve possa essere un fatto compiuto, a maggiore sollievo dell'umanità sofferente.

Il prof. SAGONA fa proposta che venga inviato all'Istituto d'igiene di Firenze, ove vi è un reparto per lo studio del cancro, il batteriologo dell'Ospedale per meglio perfezionarsi in tali ricerche, e così essere di grande ausilio al chirurgo.

Il dott. SCARLATA, presidente dell'Ospedale, accoglie benevolmente la proposta.

Il dott. BARBARA GIUSEPPE, medico provinciale, propone che il futuro centro diagnostico si metta in rapporto con gli Ospedali della Provincia affinchè i medici possano sollecitamente inviare a quella di Caltanissetta gli ammalati sospetti di cancro, e propone altresì che si inviti il sindacato dei medici condotti della Provincia a dare tutta la sua cooperazione allo studio di un tale problema di indole eminentemente sociale.

Il dott. CAMMARATA, segretario del sindacato, dà affidamento che un tale problema sarà fra breve sottoposto alla discussione dell'assemblea del sindacato.

Il presidente ringraziando chiude la seduta.

Il Segretario: Dott. ANTONIO CAMMARATA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'esplorazione lipiodo-radiologica dei bronchi intrapolmonari nelle bronchiti croniche.

Roubier e Pécouraud (*Journal de Médecine de Lyon*, n. 138, 5 ottobre 1925) osservano che nella immensa maggioranza dei casi la radioscopia nelle affezioni croniche dei bronchi è pressochè negativa: questa discordanza tra la nettezza dei segni stetoscopici e la nullità dei segni radiologici deve già di per sè far pensare a una affezione cronica dei bronchi. Gli AA. allo scopo di studiare il sistema bronchiale hanno ricorso in tutti i loro casi alla iniezione di lipiodol preferendo la via transglottidea previa anestesia polverizzando con un vaporizzatore un poco di cocaina all'1: 30 sul velo, sui pilastri e sulla parete posteriore del faringe; successivamente si pratica l'anestesia del condotto aereo aspergendo la regione sopraglottidea e il vestibolo con cocaina, 2 cmc. all'1/30. Cessata la tosse basta depositare 2-3 gocce della soluzione sulle corde quindi si cacciano 3-4 cmc. della soluzione in trachea. L'iniezione di lipiodol è allora semplice: 20 cmc. fino 30-40 tiepidi; siccome in genere sono necessarie le ricerche sulle basi il malato resta assiso in faccia all'operatore; se il lipiodol si spinge lentamente la maggior parte passa nel bronco destro che continua la direzione della trachea; se si spinge più rapidamente il bronco destro ne resta ingombro e buona parte passa anche nel sinistro (tutto ciò se il malato resta assiso): se il malato si fa inclinare a destra o a sinistra il lipiodol passerà a volontà nel lato destro o sinistro. Gli AA. sono rimasti colpiti dalla diversità delle immagini ottenute: i bronchi normali appaiono come strie fini omogenee che si dirigono verso il diaframma e che si dividono in ramificazioni più fini e terminano con una piccola espansione puntiforme (estremo dei bronchioli e alveolo). I bronchi patologici offrono gli aspetti più vari: si possonò distinguere slargamenti cilindrici dei bronchi di grosso e di medio calibro, dilatazioni multiple e diffuse dei piccoli rami bronchiali; ectasie ampollari che per ordine di frequenza sono localizzate nella regione sopradiaframmatica, nella regione del seno costodiaframmatico, scaglionate sul peduncolo bronchiale del lobo inferiore; iuxtailari. Il metodo del lipiodol secondo gli AA. permette di fare sul vivente l'anatomia patologica delle lesioni dei bronchi alterati, di mettere in evidenza bronchiectasie che gli esami clinici e radioscopici abituali non permettono di stabilire, ecc. Tuttavia in qualche caso stetoscopico di bronchiectasia il lipiodol ha mancato forse in dipendenza del modo di riempimento dei bronchi. Mentre in questo caso il lipiodol è persistito nel polmone per qualche settimana in altri casi l'eliminazione è rapida. Infatti spesso una gran parte è eliminata per la tosse; il rimanente passa nell'esofago ed espettorata; ma in genere esso è riassorbito dalla mucosa bronchiale e lo iodio è eliminato per gli emuntori. A seconda degli individui il lipiodol può scomparire anche l'indomani della iniezione; in altri ha persistito perfino 15 giorni e più. Il metodo è innocuo per quanto il paziente possa avere dei disturbi durante l'iniezione dalla tosse e senso di soffocazione: qualche volta dispnea passeggera e lieve febbre: qualche volta fenomeni di iodismo. Il metodo va praticato negli individui validi, non nei tubercolosi gravi. Il valore terapeutico del metodo è apparso minimo.

E. MILANI.

L'analisi anatomica delle immagini radiologiche nella tisi polmonare.

Küpferle (*The British Journal of Radiology*, novembre 1925) al congresso radiologico di Londra ha insistito sulla importanza che ha la analisi anatomica delle immagini radiologiche: la radiologia appare al lume delle ricerche anatomopatologiche di una importanza assai più grande di quanto si pensasse in passato; infatti le ricerche comparative fra le lastre e il reperto anatomopatologico (in cadaveri induriti per mezzo della formalina e con sezioni multiple frontali) hanno permesso di riconoscere i caratteri differenziali radiologici tra le forme essudative e le forme produttive. Non solo ma radiologicamente è possibile riconoscere quando il processo tende verso la guarigione o invece verso la distruzione. Il riconoscimento della esistenza di focolai indurativi cirrotici e invece di lesioni a tipo distruttivo cavitario è di una importanza prognostica grandissima. D'altra parte occorre studiare i malati con radiografie in serie le quali ci possono dare un concetto sicuro del modo come evolve la malattia, concetto fino ad ora non sfruttato giacchè la semplice descrizione della lastra da un punto semeiologico generale non è sufficiente a farci interpretare le lesioni fondamentali radiologiche e che trovano la loro perfetta corrispondenza nelle lesioni al tavolo anatomico.

E. MILANI.

CASISTICA.

Cause dell'eclampsia.

L'applicazione dei metodi fisico-chimici alle scienze mediche ha dato sempre dei resultati di notevolissima importanza.

Studiando con tali metodi la natura delle proteine urinarie, A. Hynd (*Lancet*, 31 ottobre 1925) viene a gettare nuova luce sulla questione etiologica dell'eclampsia.

Egli, usando la polarizzazione, notò in un caso di eclampsia che l'urina si mostrava assai meno levogira di quel che si sarebbe atteso considerando la quantità della proteina in essa contenuta, e presumendo che tale proteina fosse rappresentata dalla siero albumina.

Procedendo allora a determinazioni sistematiche con albumine depurate, ottenute da urine di gravide albuminuriche, ma non eclamptiche, e da urine albuminuriche di soggetti con malattie varie, e paragonando con i resultati offerti da urine di donne in istato di eclampsia gravidica, il potere rotatorio si dimostrò in queste ultime costantemente diverso da quello delle altre.

Nelle prime si ebbero infatti valori medi varianti da —55,81° (per le urine delle gravide) a —54.27° (per le urine albuminuriche da altra causa); e poichè il potere rotatorio della siero albumina umana, preparata con uguali metodi, dà valori molto simili ai precedenti, si ha una conferma all'ipotesi comunemente accettata che l'albumina escreta colle urine in simili condizioni sia della siero albumina.

Nell'eclampsia gravidica invece il potere rotatorio si dimostrò nella maggioranza dei casi più basso, con valore medio di —38,5°, e in altri pochi casi più alto, con valore medio di —56,37°.

L'A. emette perciò l'ipotesi che l'albumina urinaria della maggior parte dei soggetti eclamptici in gravidanza possa essere simile alla latto albumina, la quale ha un potere rotatorio quasi eguale.

Se tale ipotesi venisse accettata, si dovrebbe ammettere che in certi casi di eclampsia si stabilirebbero condizioni analoghe a quelle della lattosuria che si produce spesso negli ultimi mesi della gravidanza. Ora, se la presenza del lattosio nel sangue e la sua escrezione coll'urina procura poco o nessun danno al paziente, la presenza di latto-albumina, considerata come una proteina eterogenea, potrebbe apportare dei gravi disturbi di natura anafilattica.

Ulteriori esperimenti, condotti su tali basi, potranno certo gettare luce più viva su questa interessante questione.

M. FABERI.

La necrosi asettica dei fibromiomi uterini durante la gravidanza.

C. Leroux (*Le Bulletin médical*, 26 sett. 1925), rileva che sebbene siano numerosi i casi in cui la coesistenza di fibro-miomi uterini con una gravidanza non porti conseguenze nè nel decorso di questa, nè nel parto, nè nel puerperio, pure spesso la presenza di questi tumori è causa di disturbi sia meccanici, sia tossici.

Occupandosi di questi ultimi l'A. parla di una delle complicazioni latenti non rare: la necrobiosi cioè di questi tumori.

La causa di questa necrosi asettica è dovuta all'ischemia prodotta dalla rottura dei fini vasi arteriosi che provvedono alla nutrizione dei tumori incapsulati dovuta sia all'edema che accompagna l'accrescimento rapido del tumore nella gravidanza, sia ai traumatismi ripetuti per le contrazioni uterine.

La necrosi di questi tumori spesso è silenziosa. Altre volte dà dei sintomi che possono portare alla diagnosi. Primi tra questi il dolore, l'accrescimento rapido del tumore, il rammollimento; a questi segni locali si aggiungono i segni di risentimento tossiemico generale, quali l'anemia, la febbre modica, la dispnea, la diarrea, l'albuminuria, ecc.

Una volta stabilita la diagnosi, se il caso si presenta con forti disturbi è necessario l'intervento, che consisterà, a seconda dei casi, o nell'exeresi del tumore (miomactomia) o nell'isterectomia sul collo. Circa l'epoca dell'intervento è preferibile a gravidanza quasi a termine in modo da avere un feto vivente che si estrae per via cesarea.

Si ricorrerà all'intervento nei primi mesi della gravidanza solo se la sintomatologia sia locale che generale della necrosi del tumore è imponente.

La cura chirurgica con l'asportazione del tumore o dell'utero evita una delle complicazioni più serie del periodo puerperale: l'invasione del tumore da parte di germi che risalgano per la cavità uterina aperta, e la conseguente infezione gangrenosa del tessuto necrotico che spesso compromette la vita della paziente.

RICCARDI.

Dolori pelvici cronici e nevrastenia.

R. Rauken Lyle (*Edimb. Med. Journ.*, febb. 1925), in base alla sua esperienza, afferma che non di rado dolori pelvici cronici attribuiti a cause organiche (lesioni degli annessi, spostamenti uterini, lesioni del colon e dell'appendice) sono semplicemente psicogeni, e quindi occorre molta prudenza, ed un esame completo, prima di decidersi a sotto-

porre la paziente ad un intervento. Anche nel parlare di possibili lesioni e della eventuale necessità di un'operazione bisogna esser cauti per non diminuire ulteriormente la resistenza psichica della paziente.

Soggiunge inoltre che molte operazioni per utero mobile hanno un effetto puramente psicoterapico e fanno scomparire le sofferenze soggettive, di natura psicogena, senza modificare definitivamente le condizioni anatomiche, come è possibile osservare in successive gravidanze. DORIA.

TERAPIA.

Le iniezioni endovenose di cloruro di calcio in terapia.

La dose da utilizzare è di uno, al massimo di due grammi per volta; si usano concentrazioni dall'1 % al 50 %, in media del 5 %. L'uso di una soluzione molto concentrata darebbe i migliori risultati. Bisogna però tener presente che le soluzioni concentrate sono caustiche per i tessuti; una goccia che ne sfuggisse nel tessuto sottocutaneo provocherebbe dolore intenso seguito da escara e da ulcerazione di difficile guarigione. Si deve quindi curare che la iniezione sia nettamente endovenosa ed, una volta terminata, si aspirerà e si reintrodurrà qualche centimetro cubo di sangue allo scopo di allontanare dalla siringa le tracce del medicamento.

Anche quando è ben fatta, l'iniezione di cloruro di calcio, provoca sempre una certa reazione generale che però scompare rapidamente. Si ha dolore alla vena iniettata, seguito da sapore metallico, con pallore e poi rossore del viso, con sensazione di calore all'ano ed alla vulva, talvolta con nausee; in mezzo-un minuto, tutto è scomparso. Dopo 5-10 minuti si ha leucopenia. Sono eccezionali gli accidenti gravi di « shock » intenso, con elevazione febbrile; si osservano soltanto se si iniettano dosi elevate.

Il cloruro di calcio dà i migliori risultati nel trattamento delle ipercrinie; cedono rapidamente i vomiti e le diarree dei tubercolosi con iniezioni di 5-10 cmc. della soluzione al 5-10 %. Tale medicazione è eroica nei sudori colliquativi dei tisici che però tendono in seguito a ritornare. Alcuni autori hanno affermato di aver ottenuto buoni risultati anche in vomiti e diarree ribelli di natura non tubercolare.

Nelle emorragie di ogni specie, si dà il cloruro di calcio anche per bocca, ma meglio per iniezioni endovenose di 20 cmc. della soluzione al 5 %, utili anche in casi di emofilia.

Il calcio possiede inoltre un'azione antispasmodica ed antiemoclasica. Nella tetania, l'iniezione endovenosa di 1 g. fa cessare rapidamente gli accidenti entro tre minuti; nel tetano, associate alla terapia specifica, le iniezioni endovenose di 5-10 cmc. della soluzione al 10 %, fatte due volte al giorno, provocano notevoli remissioni dei fenomeni convulsivi. Buoni risultati si sono ottenuti ache nelle crisi di asma, con dosi di 50 cg. a 1 g. in soluzione al 5-10 %.

Nei disturbi da siero, si ottengono buoni effetti con le iniezioni di 25-50 cg. in soluzione al 50 %.

Il cloruro di calcio è stato anche usato come cardiotonico e dinamogeno, solo od associato con la cura digitalica od uabainica, in dosi di 10-50 cg. nella soluzione al 50 %. Petzetakis riferisce di avere ottenuto buoni risultati nelle extrasistoli, nella tachicardia e nell'aritmia completa con le iniezioni di 50 cg. a 1 g. nella soluzione al 10 %.

Come ricalcificante nella tubercolosi polmonare, si fanno iniezioni a giorni alterni della soluzione a 1-1 1/2 %, e così nella tubercolosi chirurgica. Secondo quanto riferisce A. Puech (*Gazette des hôpitaux*, 11 giugno 1925) il cloruro di calcio è anche utile nella epididimite blenorragica facendo 1-5 iniezioni di 5-10 cmc. della soluzione al 10 %; in pochi giorni scomparirebbero i dolori e verrebbero riassorbiti gli essudati a condizione di usarlo precocemente. Esso è stato usato anche nella bilharziosi e nella intossicazione da cocaina, per iniezioni endovenose. *fil.*

Gli usi terapeutici della silice.

F. Luithlen (*Klinische Wochenschrift*, 1925, numero 27) osserva che la silice costituisce la base della elasticità del tessuto vivente e che la sana attività dipende dal giusto equilibrio della silice e del calcio nei costituenti dell'organismo. In gioventù, il contenuto di silice è massimo, mentre diminuisce con la maturità, in cui si fa invece preponderante il calcio, da ciò l'alterazione dei processi biologici, la diminuita flessibilità dei tessuti e la predisposizione alle fratture.

L'A., partendo da questi fatti, ha tentato l'uso della silice nelle condizioni di senilità ed in quelle pure attribuibili a deficienza di silice. I risultati migliori li ha ottenuti nel plurito senile non sostenuto da definiti disturbi di metabolismo ed in cui gli strati superficiali della pelle si presentavano secchi. In parecchi casi, in cui gli altri trattamenti erano rimasti inefficaci, le iniezioni endovenose di silice hanno reso la pelle morbida e flessibile, migliorando la circolazione. Buoni risultati si sono ottenuti anche in altri disturbi cutanei senili come psoriasi, foruncolosi, eczema. Il metodo è stato anche applicato con risultati soddisfacenti in casi di arteriosclerosi, stenosi delle valvole cardiache, tubercolosi polmonare.

Il rimedio può essere dato per bocca o per iniezioni ipodermiche nei casi in cui il potere di assorbimento per la silice non è ancora perduto; a tale scopo, si può dare un tè all'acido silicico, oppure delle preparazioni organiche. Per le persone anziane, è meglio fare iniezioni endovenose di silicato di sodio purissimo in soluzione a 1 %, usandone 1 cmc. a giorni alterni per 15-20 giorni. Prima dell'iniezione le fialette vanno agitate, perchè si ha spesso formazione di sedimenti.

fil.

Azione terapeutica dello stronzio.

Recentemente è stato iniziato lo studio dell'azione fisiologica generale dello stronzio, inquantochè un tempo era nota solo una certa rassomiglianza dello stronzio col calcio.

Anzitutto sul sistema osseo l'azione dello Sr. non può identificarsi a quella del Ca. Il calcio infatti esercita contemporaneamente uno stimolo specifico sulla osteogenesi e impregna il tessuto neoformato con sali insolubili rendendolo saldo. Anche lo Sr. stimola l'osteogenesi, ma al contrario non ha nessuna capacità di consolidare il tessuto neoformato, che rimane quindi molle e osteoide. Il trattamento con Sr. predispone il tessuto neoformato all'impregnazione con sali di Ca., per cui il rimedio è indicato nei casi in cui la quantità di tessuto osseo è diminuita per eccessiva fusione o per difetto di opposizione (osteopatia da fame, osteoporosi, osteogenesi imperfetta, osteopsatirosi congenita).

Nei casi invece dove vi è abbondanza di tessuto osteoide e in quelli nei quali vi sono turbe del processo di fissazione dei sali di Ca., lo stronzio non è indicato (gravide, nutrici).

Grassheim (*Klin. Woch.*, 1915, n. 39) ha notato come lo Sr. eserciti un'azione depressiva sulle fibre nervose tanto motrici che sensitive, mentre nulla è la sua azione sulle terminazioni nervose e sul sistema nervoso centrale, per cui il suo uso nella epilessia manca di base.

Lo Sr. fa aumentare la pressione in maniera persistente; sul cuore, al pari della digitale, prolunga la sistole ed infine esercita un'azione di riordinamento rapido sulle aritmie.

L'A. non dà alcun fondamento alla vantata azione dello Sr. nelle elmintiasi e come colagogo.

A. POZZI.

Un nuovo surrogato della canfora.

Un nuovo medicamento analettico, che può sostituire la canfora e che, a differenza di questa, è bene solubile nell'acqua è il pentametilentetrazol che va sotto il nome di cardiazol. Esso è stato studiato da K. F. Schmidt, F. Hildebrandt e L. Krehl (*Klin. Wochenschrift*, 1925, n. 35) e, secondo tali AA. presenta sulla canfora il vantaggio di potere essere iniettato sottocute senza dare alcuna irritazione, di essere assorbito rapidissimamente e di avere un'azione sul cuore migliore di quella della canfora stessa.

Si usa per iniezioni sottocutanee di 10 cg.; in considerazione della sua facile assorbibilità, non è necessaria l'iniezione endovenosa che del resto non presenterebbe nessun inconveniente. L'azione sul circolo sarebbe più notevole che quella della canfora di cui non possiede l'azione paralizzante sulla muscolatura liscia. Esso inoltre è un eccitante del sistema vegetativo.

L'azione favorevole del pentametilentetrazol sul circolo, sul respiro (disturbi delle vie respiratorie dopo la narcosi) nella pneumonite, negli stati di collasso viene anche confermata da H. Ruef (Ibidem).

fil.

È il laudano del Sydenham un preparato da conservarsi in terapia?

Il laudano del Sydenham (composto di estratto di oppio, di tintura di zafferano, di essenza di cannella e di garofani in soluzione idroalcoolica) non deve essere conservato più oltre in terapia perchè lo zafferano non possiede affatto le virtù narcotiche che gli erano state attribuite nel passato e le essenze sono completamente prive del potere astringente che hanno i fiori di garofani e la cannella.

Inoltre lo zafferano comunica al laudano un odore ed un sapore assai disgustosi. Lay (*La Clin. Med. Ital.*, n. 4, 1925) propone di usare invece del laudano una preparazione nella quale i tre farmaci uniti all'oppio sieno sostituiti dalle essenze di menta, di camomilla, di anice, con aggiunta di piccole quantità di saccarina. Si ottiene così un composto piacevole che possiede tutte le proprietà del laudano, mentre è privo dei suoi difetti.

A. POZZI.

Sulle alterazioni che subiscono alcuni sali alcaloidei in soluzioni acquose sterilizzate dopo alcuni mesi dalla preparazione.

Le soluzioni acquose di nitrato di stricnina, di caffeina, di cloridrato di cocaina, di cloridrato di morfina, di stovaina, di cloridrato di pilocarpina, sterili, conservate per sei mesi all'oscuro in vasi di vetro ermeticamente chiusi e completamente pieni, subiscono una diminuzione della loro concentrazione rilevabile con i comuni metodi analitici.

Invece la soluzione di bicloridrato di chinina dopo 6 mesi conserva inalterata la sua tossicità sull'animale da esperimento (coniglio); la soluzione di nitrato di stricnina, dopo sei mesi dalla preparazione, si mostra lievemente meno attiva.

Mura e Petitti (*La Clinica Med. Ital.*, n. 4, 1925) ritengono essere tali fatti non trascurabili dal punto di vista pratico, dato l'uso di usare, nell'applicazione di farmaci per via ipodermica od intramuscolare, fiale contenenti soluzioni alcaloidee preparate da molti mesi, e talora, da anni.

A. POZZI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Epurazione biologica delle acque di fogna. — Al dott. M. P. P., Voghera:

Il problema è largamente trattato nelle seguenti pubblicazioni.

CALMETTE e collaboratori. *Recherches sur l'épuration biologique et chimique des eaux d'égout.* Masson e C.ie, Parigi, 1905-1914. — S. RIZZI. *L'epurazione biologica delle acque di rifiuto.* Hoepli, Milano. — F. LACCETTI. *Fognatura biologica.* Hoepli, Milano. — RUATA. *Manuale di Ingegneria sanitaria.* Hoepli ed.

Dati ed indicazioni sufficienti per la costruzione ed il funzionamento di fosse settiche e di simili impianti per la depurazione biologica potrà trovare nel *Prontuario dell'Igienista.* Pozzi ed., Roma.

In Italia non esistono disposizioni legislative per il funzionamento di tali fosse, che non sono ancora molto diffuse fra noi. Anche in Inghilterra, dove invece esse sono assai usate, non esistono disposizioni per la costruzione ed il funzionamento; soltanto si esige che l'effluente risponda a determinate condizioni.

Calmette e Rolants (*Revue d'Hygiène*, giugno 1925) hanno recentemente insistito perchè in Francia l'impianto di tali fosse venga regolato da precise disposizioni di cui dànno appunto uno schema. Un sunto di tale studio apparirà su uno dei prossimi numeri di *Annali di Igiene.*

fil.

Al dott. G. Luisi, da Bari:

Per le informazioni circa le *intossicazioni da solfuro di carbonio*, veda anzitutto i comuni trattati e manuali di patologia del lavoro (GIGLIOLI, PIERACCINI, ecc.). Può inoltre consultare le seguenti pubblicazioni.

LEWIN e POUCHET: *Traité de toxicologie.* — HEIM: *Les intoxications professionnelles par le sulfure de carbone.* Rapport à la Commission d'hygiène industrielle du Ministère du Travail. — GADAMER: *Chemische Toxicologie.* — In una seduta del 1925 della Società medico-chirurgica di Pavia, REDAELLI e AREZZI hanno fatto delle comunicazioni sull'intossicazione e sull'anatomia patologica.

Veda anche *Revista española de med. y cirugia*, aprile 1925.

fil.

VARIA

L'avvenire dei chiropratici.

Cultori, se così può dirsi, di una medicina popolare, che crede una panacea il magnetismo animale, la dieta, l'esercizio, ed altri metodi di terapia fisica, per mantenere il loro ascendente hanno recentemente creduto necessario ricorrere a metodi di diagnosi e cura proprii della comune arte medica. Essi hanno sollecitato dai vari governi un riconoscimento ufficiale della loro arte e delle loro scuole. Nelle leggi che questo riconoscimento accordano è espresso in modo vago che essi non possono usare le droghe della materia medica, nè esercitare in qualunque forma la chirurgia; però è loro concesso di usare rimedi e di servirsi dei mezzi diagnostici e terapeutici secondo quanto è insegnato nelle loro scuole. In queste ora si insegnano elementi di chimica e tossicologia, di batteriologia, di ostetricia e ginecologia, dedicando ad ognuna di queste materie 100 ore di insegnamento. È quindi prevedibile che presto anche le altre materie proprie della medicina e chirurgia entreranno nell'insegnamento dei chiropratici, che diverranno in certo modo dei medici pratici di secondo grado, entrando, per così dire, per la porta di servizio nel sacro recinto della medicina, che è e deve essere scienza, arte, ed apostolato, donde erano stati esclusi.

(*Journ. A. M. A.*, 8 agosto 1925). DORIA.

I Santi medici.

Il pubblico ha mediocre fede nella santità dei medici anche se talora parla della santità della medicina. Eppure i santi medici sono più numerosi dei clienti santi.

P. Cahier riassume tra i santi che furono decisamente dei medici i seguenti: S. Alessandro di Frigia, Antonio di Roma, Antonio di Sebabaste, Carponio, Carpoforo, Cossiane, Cesairo, Codrato, Cosma e Damiano predecessori di Woronof, Diomede, Ciro, Emiliano, Eusebio, Francesco romano, Ildegardo di Bingen Gennado, Giovanni, Damocene, Papilio, Oreste di Cappadocia, Giuliano di Cipro, Giovenale, Filippo Benizzo, Pantaleone, Sansone, Teodato, Ursicino, Zenobio, S. Medico e Antonio d'Aquila, Leonzio, Carpoforo d'Aquilea.

E la lista è incompleta e vi è posto pel futuro.

(Da *La Voce Sanitaria*).

Agli esami di chirurgo-dentista

L'A. Dentaire riferisce queste domande rivolte ai candidati negli ultimi esami di chirurgia-dentaria alla Facoltà di Parigi:

— Quali sono le statue del quartiere latino?

— Un « metro cubo » di sangue quanti globuli rossi contiene? (Da *La Stomatologia*).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

Autorizzazione a viaggiare come medici di bordo.

La *Gazzetta Ufficiale* del 31 dicembre 1925, numero 2557, pubblica il seguente R. decreto 29 novembre 1925, n. 2288, che reca *Modificazioni ed aggiunte al vigente regolamento sulla Sanità marittima*:

Vedute le precedenti disposizioni e uditi i pareri del Consiglio di Stato e del Consiglio superiore di sanità. Sentito il Consiglio dei ministri:

Abbiamo decretato e decretiamo:

Art. 1. — Agli articoli 28, 29 e 33 del regolamento approvato con R. decreto 29 settembre 1895, n. 636, modificato con i Regi decreti 7 luglio 1910, n. 573, e 11 gennaio 1923, n. 167, sono sostituiti i seguenti:

Art. 28. — Nessuno può imbarcare come medico di bordo se non sia fornito dell'autorizzazione a viaggiare con tale qualifica.

L'autorizzazione è concessa dal Ministero dell'interno ai medici i quali abbiano sostenuto con esito favorevole speciali esami di idoneità, che avranno luogo, oltre che in Roma, nei principali porti del Regno, che saranno designati dallo stesso Ministero.

Le sessioni di esami sono indette a cura del Ministero dell'interno ogni due anni o entro minor tempo quando ciò sia richiesto dalle esigenze del servizio sanitario della marina mercantile.

Lo stesso Ministero dell'interno chiama a far parte per ciascuna Commissione esaminatrice un rappresentante della Direzione generale della marina mercantile e uno del Commissariato generale dell'emigrazione.

Art 29. — Per l'ammissione agli esami anzidetti, gli aspiranti alla autorizzazione per medico di bordo debbono presentare, nei modi e termini che verranno indicati per ciascuna sessione, i documenti che seguono:

1) atto di nascita, dal quale risulti che il candidato non ha superato, alla data nella quale l'esame viene bandito, il quarantesimo anno di età;

2) certificato di cittadinanza italiana;

3) diploma di abilitazione all'esercizio della medicina e chirurgia conseguito nel Regno o diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso una Università del Regno entro il 31 dicembre 1924 o conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. decreto 31 dicembre 1923, n. 2909. Il diploma di abilitazione o il diploma di laurea deve essere stato conseguito da almeno due anni compiuti;

4) certificato di buona condotta, rilasciato dal sindaco del Comune di residenza, in data non anteriore a tre mesi;

5) certificato penale di data non anteriore a tre mesi;

6) certificato di iscrizione in un Ordine dei medici chirurgi del Regno;

7) certificato di un medico militare o di un ufficiale sanitario comunale, di data non anteriore ad un mese, dal quale risulti che l'aspirante non è affetto da malattie fisiche o psichiche e non presenta deficienze organiche che gl'impediscano di esercitare le funzioni di medico di bordo.

Art 33. — I medici di bordo sono tenuti a prestare l'assistenza medica e chirurgica a tutte le persone imbarcate sulla nave; tale assistenza è gratuita per le persone componenti l'equipaggio, per i passeggeri di 3ª classe, per gli emigranti e per gli impiegati dello Stato che viaggiano per ragioni di servizio: tuttavia, i medici di bordo potranno essere autorizzati a percepire un onorario per le prestazioni richieste dagli altri passeggeri di classe nei casi e nella misura che saranno indicati dal Ministero dell'interno, di concerto con quelli degli affari esteri e delle comunicazioni.

I medici di bordo autorizzati hanno inoltre qualità e competenza di ufficiale sanitario governativo per la tutela della igiene e sanità a bordo, durante la intera durata del viaggio, comprese le soste nei porti esteri di scalo e di destinazione.

Al capo IV del regolamento per la sanità marittima, approvato con il R. decreto 29 settembre 1895, n. 636, sono aggiunti i seguenti articoli:

Art. 29-*bis*. — Per i medici della Regia marina e del Regio esercito, i quali abbiano compiuto almeno sei anni di servizio effettivo, siano essi in servizio attivo oppure no, l'autorizzazione ad imbarcare come medico di bordo, di cui all'articolo 28, può essere concessa dal Ministero dell'interno a seguito di speciali esami integrativi in ostetricia e in pediatria, che saranno indetti in apposite sessioni a cura del Ministero stesso ed ai quali detti sanitari potranno essere ammessi in deroga del limite di età, di cui al n. 1 dell'art. 29.

Per l'ammissione agli esami anzidetti i medici della Regia marina e del Regio esercito dovranno presentare, nei modi e termini indicati per ciascuna sessione, i documenti che saranno richiesti dal Ministero dell'interno.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

Potranno essere esonerati da tali esami quelli fra gli aspiranti che dimostrino con i titoli presentati di avere prestato per almeno sei mesi regolare servizio in un reparto ospedaliero o clinico per ciascuna delle specialità di ostetricia e pediatria.

Art. 29-*ter* — Qualora, a norma delle disposizioni vigenti, occorra per il servizio igienico e sanitario di bordo un secondo ed eventualmente un terzo medico, è data facoltà ai Prefetti delle Provincie marittime, ove concorrano speciali condizioni di necessità e di urgenza, di consentire che, in aggiunta al sanitario autorizzato, vengano imbarcati medici sprovvisti della autorizzazione, da scegliersi fra quei sanitari che il Ministero iscrive in apposito elenco, a seguito della produzione dei seguenti documenti:

1) certificato di cittadinanza italiana;

2) diploma di abilitazione all'esercizio della medicina e chirurgia, conseguito nel Regno o diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso una Università del Regno entro il 31 dicembre 1924 o conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. decreto 31 dicembre 1923, n. 2909. Il diploma di abilitazione o il diploma di laurea deve essere stato conseguito da almeno due anni compiuti;

3) certificato di iscrizione in un Ordine dei medici e chirurgi del Regno;

4) certificato di buona condotta, rilasciato dal sindaco del Comune di residenza, di data non anteriore a due mesi;

5) certificato penale di data non anteriore a due mesi;

6) certificato di un medico militare o di un ufficiale sanitario comunale, di data non anteriore ad un mese, dal quale risulti che l'aspirante non è affetto da malattie fisiche o psichiche e non presenta deficienze organiche che gli impediscano di esercitare le funzioni di medico di bordo.

Non sarà concessa dal Ministero la iscrizione in detto elenco a quei sanitari che non dimostrino, coi titoli presentati, di avere una sufficiente cultura nelle discipline igieniche e provata abilità nell'esercizio pratico della medicina, della chirurgia e della ostetricia.

Qualora dall'esame del certificato di cui al n. 6, risultino necessari nuovi accertamenti, questi sono compiuti con le formalità indicate al comma 5 dell'art. 37-*bis*.

Ai detti sanitari competono i doveri prescritti dalle vigenti disposizioni per i medici autorizzati e sono applicabili le disposizioni relative ai medici di bordo autorizzati, contenute nei successivi articoli 33, 37-*bis* (secondo e ultimo comma) e 37-*ter* (eccettuata la lettera *B*).

Art. 37-*bis*. — Con decreto del Ministero dell'interno sono ordinate, a periodi non maggiori di cinque anni, revisioni generali o parziali delle autorizzazioni ad imbarcare quale medico di bordo.

A tale fine i sanitari autorizzati hanno l'obbligo di notificare al Ministero dell'interno ogni cambiamento della loro residenza.

Coloro che sono chiamati alla revisione devono presentare al Ministero dell'interno il decreto di autorizzazione ad imbarcare come medico di bordo, unitamente ai certificati di cui ai numeri 4, 5, 6 e 7 dell'art. 29.

Il Ministero, qualora dall'esame dei documenti risultino le condizioni di idoneità fisica, psichica e morale indicate nell'art. 29 e quelle relative ai viaggi compiuti di cui all'art. 37-*ter*, restituisce il decreto di autorizzazione con un visto, attestante la seguita revisione.

Ove dall'esame del certificato di cui al n. 7 dell'art. 29 risultino necessari nuovi accertamenti, questi sono compiuti da una Commissione all'uopo nominata di volta in volta e per ciascuna Provincia dal Ministero dell'interno, composta del medico provinciale che la presiede, di un ufficiale medico di grado superiore del Regio esercito o della Regia marina, e del presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici e chirurgi o di un medico suo delegato, componente del Consiglio dell'Ordine stesso.

Le spese che possono occorrere per la convocazione della Commissione sono a carico del sanitario interessato, che versa in deposito preventivo alla competente sezione di Tesoreria provinciale la somma che il Ministero dell'interno indica, per il tramite del Prefetto.

In ogni tempo il Ministero dell'interno può fare obbligo al titolare della autorizzazione ad imbarcare quale medico di bordo, di sottoporsi a speciale visita di revisione, per accertare se esso possieda i requisiti fisici e psichici prescritti, da eseguirsi con le modalità indicate nei comma precedenti, nonchè di dimostrare il possesso dei requisiti morali prescritti. Tale visita di revisione potrà essere ordinata dal Ministero dell'interno anche quando ne riceva motivata proposta da parte del Ministero degli affari esteri (Commissariato generale dell'emigrazione).

Art. 37-*ter*. — Indipendentemente dai motivi disciplinari di cui all'art. 36, l'autorizzazione ad imbarcare come medico di bordo:

A) Viene revocata dal Ministero dell'interno:

1) ogni volta che in seguito a revisione ordinaria o straordinaria risultino minorate nel sa-

nitario autorizzato la idoneità fisica o quella psichica indicate nel n. 7 dell'art. 29;

2) quando sia intervenuta condanna penale che abbia per effetto la sospensione dall'esercizio della professione.

B) Può essere revocata quando nel quinquennio intercedente fra una revisione e l'altra il sanitario autorizzato non abbia compiuto, con le funzioni di medico di bordo, almeno cinque viaggi. Tale circostanza deve risultare dai visti di andata e di ritorno ovvero di sola andata o di solo ritorno, secondo i casi, che il sanitario ha l'obbligo di fare apporre dalle competenti Capitanerie di porto sul proprio decreto di autorizzazione.

C) Viene sospesa:

1) quando il sanitario autorizzato non si sottoponga, senza giustificato motivo, alla visita individuale o alla revisione collettiva di cui all'art. 37-*bis*;

2) quando il sanitario autorizzato venga sottoposto a giudizio per delitto.

La sospensione o la revoca sono adottate dal Ministero dell'interno con proprio decreto motivato, da notificarsi all'interessato in via amministrativa.

Il provvedimento del Ministero è definitivo.

Art. 37-*quater*. — Il capitano della nave che abbia imbarcato per il servizio igienico-sanitario, uno o più medici di bordo, è tenuto ad annotare, motivandoli, nel giornale nautico e per ciascuno dei sanitari, gli eventuali addebiti da lui rilevati nei loro confronti.

In tal caso l'estratto del giornale nautico, per la parte anzidetta, è sottoposto a visione del medico di bordo interessato, il quale dovrà firmarlo, e, al termine del viaggio, verrà consegnato dal capitano alla competente Capitaneria di porto.

La Capitaneria trasmetterà detto documento al Ministero dell'interno (Direzione generale della sanità pubblica) unitamente alle deduzioni che i sanitari interessati ritengano di formulare.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XII. — Poteri delle commissioni giudicatrici dei concorsi.

« La facoltà di apprezzamento che spetta alle Commissioni giudicatrici dei concorsi sul valore dei concorrenti, attraverso il giudizio circa i titoli da questi presentati, è di per sè interamente discrezionale, a meno che le leggi e i regolamenti stabiliscano limiti e modalità: per es. l'obbligo di determinare previamente i criteri per la valutazione dei titoli dei concorrenti.

Se nel verbale sia detto che, per ciascuno dei concorrenti, sia fatta una ampia valutazione dei titoli prodotti, esula qualsiasi dubbio che la compilazione della graduatoria sia stata arbitraria.

Se è necessario che risulti che tutti i titoli dei concorrenti siano esaminati dalla Commissione, non è necessario che tutti sieno espressamente menzionati essendo una questione di apprezzamento insindacabile quella di stabilire quali siano i documenti che meritino espressa menzione ».

Così giudicò la V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 8 maggio 1925 n. 220. È da avvertire però, che si trattava di un concorso indetto da una Congregazione di Carità. La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 17 aprile 1925 n. 426 ric. Sormani dott. Giovanni, disse « essere necessario che tutti i titoli presentati dai concorrenti sieno tenuti presenti dalla Commissione giudicatrice, ma che non si può ritenere invalidato l'operato di essa sol perchè di tali titoli *alcuno* non è stato menzionato nella relazione, specie quando non vi siano motivi per dubitare che essa abbia posto in maggiore evidenza, intenzionalmente, un candidato rispetto ad altri ».

Certamente, fra l'una e l'altra decisione vi è una differenza non lieve. E la differenza è più marcata se la decisione 8 maggio 1925 n. 220 della V Sezione, sia posta in raffronto con l'altra pronunziata dalla stessa Sezione sul ricorso del dottor Attilio Foschi, che fu già pubblicata in questa rubrica.

Malgrado questa differenza di dettaglio, il criterio essenziale che si può desumere è questo: la Commissione esercita un potere discrezionale, il quale è insindacabile dal punto di vista tecnico; essa deve però esaminare tutti i titoli dei concorrenti e deve dare ragione, almeno sintetica, del procedimento seguito; se risulti o, comunque, si possa desumere che alcuni titoli non furono valutati o se il pronunziato della Commissione sia contraddittorio, o sia effetto di disparità di trattamento, il giudizio di essa è invalido.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per l'autorizzazione a viaggiare come medici di bordo.

Il nuovo decreto emanato dal Ministero dell'Interno sui medici di bordo (vedi pag. 175 e seg.) nelle linee generali è apparso alla maggioranza giusto e opportuno.

Purtroppo manca in esso una disposizione da più tempo attesa e invocata dalla classe, quella che il medico dei Piroscafi, anzichè restare un dipendente delle Compagnie, debba essere invece un funzionario dello Stato e perciò di nomina governativa, sia pure alle spese dell'armatore. Le ragioni che militano a favore di questa vecchia aspirazione sono ovvie e mi sembra inutile spiegarne la portata.

E così pure erano legittimamente attese nuove disposizioni riguardanti la revisione delle norme che regolano il numero dei medici del piroscafo in relazione a quello dei passeggieri imbarcati, revisione che appare ormai indilazionabile dato il rapidissimo accrescersi delle dimensioni dei moderni transatlantici.

Qualche progresso morale e materiale si ottiene oggi dalla concessione fatta ai sanitari di poter pretendere il pagamento delle loro cure o delle loro visite dai passeggeri di classe: in realtà era semplicemente assurdo ciò che fino a ieri si era verificato, che cioè il medico fosse in obbligo di prestare gratuitamente l'opera professionale al milionario viaggiante con gran lusso e coi più lauti mezzi.

La disposizione che riguarda le nuove norme per la concessione dell'abilitazione ad alcuni sanitari, ha bisogno di ulteriori chiarimenti: non è infatti bene spiegato nel decreto se dispensando da ogni esame (salvo per due materie, per le quali può essere sufficiente anche un titolo) i medici appartenenti alla R. Marina o al R. Esercito che abbiano compiuto sei anni di effettivo servizio, la Legge voglia in questa categoria comprendere altresì gli ufficiali di complemento. Se così fosse — e bisogna ritenere che non sia, per ragioni di logica e di giustizia — la portata del provvedimento sarebbe veramente fuori posto! Oggi oltre il 75 % dei medici sono ufficiali di complemento e tra essi un numero veramente ragguardevole può mettere insieme i sei anni di servizio richiesti, per effetto del periodo di guerra durante il quale tutti i medici, sebbene non tutti al fronte, hanno prestato servizio militare.

In tal modo mentre per alcuni sanitari si richiederebbe una prova di esame veramente difficile e seria, per altri si verrebbe a creare una situazione di favore del tutto ingiustificata e senza alcuna base.

Così pure il regolare servizio in ostetricia e pediatria richiesto a questi privilegiati, dovrà intendersi compiuto in un reparto ospitaliero di primaria importanza e specializzato, o basterà un certificatino dell'Ospedale di provincia da dieci letti per sanare le esigenze della Legge? A parte l'importanza problematica che possano avere le materie prescelte, tutti i dubbi suesposti e qualche altro chiaramente specificato negli ordini del giorno che più sotto pubblichiamo, come per esempio quello riguardante la facoltà che si riserva il Ministero di richiedere nei termini e nei modi indicati per ciascuna sessione i documenti che riterrà più opportuni per essere garantito della competenza dei concorrenti in quelle materie per le quali è concessa l'esenzione dagli esami, facoltà che è enunciata in maniera molto sibillina, dovranno essere messi bene in luce da una disposizione regolamentare che è vivamente attesa dalla classe dopo di che si potrà giudicare se veramente le nuove norme emanate tendano a migliorare il servizio al di sopra e al di fuori degli interessi personali.

Chè, se lo scopo della Legge fosse stato semplicemente, per evitare qualche noia, quello di far aumentare a esorbitanza il numero dei medici autorizzati a imbarcare, tanto sarebbe valso togliere ogni esame per tutti, e lasciare che si ritornasse indietro di cinquant'anni, anzichè obbligare taluni a sacrificarsi collo studio e colla tasca, e concedere invece a parecchi altri il modo di usufruire delle scappatoie che la Legge consentirebbe per ottenere con minimo sforzo lo stesso intento.

Ed ecco ora il testo degli ordini del giorno approvati dalla numerosissima assemblea della Sezione romana, ordini del giorno che la Presidenza dell'Associazione presenterà a S. E. il Ministro dell'Interno.

Dott. RIBOLLA.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione (Sindacato) Nazionale Medici della Marina Mercantile.

La Sezione Romana, convocata dal Segretario Responsabile in Assemblea straordinaria per vagliare e discutere le nuove e speciali disposizioni contenute nel R. D. 29 novembre 1925, n. 2288, mentre esprime la propria soddisfazione per l'ottenuto accoglimento di alcuni voti precedentemente formulati:

rileva la necessità che vengano chiariti e fis-

sati il significato e la portata di alcune delle modificazioni aggiunte;

dà quindi mandato alla Presidenza dell'Associazione di presentare alle Autorità competenti i voti della classe in ordine alla applicazione del Decreto suddetto.

Il Segret. ed il V.-Segret. respons.: Dott. T. SOLDI — Dott. L. FAVALE.
Il Presidente della Sezione Romana: Dott. G. SABATINI.
Il Segret. della Sez. Romana: Dott. R. MONTELEONE.

Voti formulati dall'Assemblea. — Allo scopo di evitare che la posizione di speciale favore accordata ai medici militari dalle nuove disposizioni, non si risolva poi a danno loro e di tutta la classe, creando un numero eccessivo di autorizzati con la conseguente difficoltà di collocamento, l'Assemblea fa voti:

1) che all'art. 29-bis, nel quale si richiedono ai medici militari «sei anni di servizio effettivo, siano essi in servizio attivo oppur no», venga specificato che non si debbano ritenere inclusi in tale disposizione gli ufficiale medici di complemento;

2) che al secondo capoverso dello stesso articolo, nel quale si parla dei documenti che dal Ministero verranno richiesti ai detti medici, debba pure includersi l'obbligo di dimostrare la conoscenza di una lingua straniera e di possedere la prescritta idoneità fisica;

3) che al 3° comma dello stesso articolo 29-bis, venga specificato che il richiesto «regolare servizio per almeno sei mesi» in un Reparto ospitaliero per ciascuna delle specialità di Ostetricia e Pediatria, debba essere stato prestato in un centro di primaria importanza che dia pieno affidamento scientifico; e che non sia ammesso il cumulo dei due servizi nello stesso semestre;

4) che all'art. 29-ter, col quale si dà facoltà ai Prefetti di imbarcare medici non autorizzati «quando concorrano speciali condizioni di necessità e di urgenza» si specifichi che debba, in tali casi, risultare la ben constatata mancanza di medici autorizzati disponibili, ai quali dovrà sempre essere riservata la precedenza.

5) che all'art. 37-ter, comma secondo, lett. *B*, nel quale è detto che l'autorizzazione potrà venir revocata «quando nel quinquennio intercedente fra una revisione e l'altra, il sanitario autorizzato non abbia compiuto, con le funzioni di medico di bordo, almeno 5 viaggi» sia aggiunto: «*salvo la dimostrata impossibilità di aver potuto trovare imbarco*».

*
* *

Inoltre, a evitare che possa venire elusa la circolare della Direzione Generale di Sanità, in data 20 gennaio 1921, n. 20300-6 A. G. 34956, l'Assemblea fa voti che l'On. Ministero dell'Interno stabilisca sin d'ora che *non sia ammissibile in nessun caso il cumulo della funzione di R. Commissario per la Emigrazione con quella di Direttore dei Servizi Sanitari di Bordo.*

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Municipio.* — Capo del Laboratorio batteriologico (II Grado tecnico); stip. iniziale lire egiziane 900 annue, elevabile a L.E. 1140, con aumenti biennali di L.E. 80. Diritto a pensione dietro ritenuta del 5%. Età mass. 45 a. Laurea riconosciuta in medicina; titoli di preferenza: diploma d'igiene pubblica ed esperienza effettiva nella batteriologia dei paesi caldi. Scad. 10 marzo 1926. Rivolgersi alla «Commission Municipale», Alessandria.

CASTEL CAMPAGNANO (*Caserta*). — Al 10 feb.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; oltre L. 2400 cav. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.15. Se uff. san. L. 500. Docum. a 3 mesi dal 20 dic.

CASTELFRANCO VENETO. *Ospedale Civile.* — Proroga al 15 feb. med.-chir. assist. Vedi fasc. 3. Percentuali proventi operaz. chirurgiche e ambulatorio.

FIRENZE. *Spedale di S. Giovanni di Dio.* — Direttore chirurgo primario; vedi fasc. 3. Scad. ore 16 del 20 feb.

FORLÌ. *Municipio.* — Direz. Dispensario Antivenereo. Alle ore 18 del 24 feb. Titoli ed esami. Onorario L. 4000 annue, esclusa ogni altra indennità. Tassa L. 25.10. Chiedere annunzio. Serv. entro 20 gg. Nomina e conferma triennali. Doc. a 3 mesi.

GREVE IN CHIANTI (*Firenze*). — *Ospedale Civile Rosa Libri.* — Direttore; vedi fasc. 4. Al 15 feb.

LAINATE (*Milano*) — Scad. 5 feb.; L. 10,500 e 5 quadrienni dec.; oltre i mille pov. addizion. L. 3 annue. Mezzi di trasporto L. 2000.

MELMA (*Treviso*). — Scad. ore 12 del 13 feb.; L. 8000, c.-v., indenn. trasp. Se uff. san. L. 600. Apposita abitazione comunale con luce, verso modico fitto. Tassa concorso L. 50.10.

MEZZANINO (*Pavia*). — Scad. 15 feb.; stip. lire 11,000 comprensivo di ogni altra indenn. Tassa L. 50.

ORTE (*Roma*). — 1ª cond. med.; L. 9500 per 1000 pov. Cond. chirurg. e direz. Ospedale; L. 12,500. Pei due posti 5 quadrienni dec. e c.-v. Scad. 15 feb. Serv. entro 15 gg. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

UMBERTIDE (*Perugia*). — 5ª cond.; L. 10,000 e 2 c.-v. decurtati di L. 780. Scad. 15 feb.

Per le Commissioni esaminatrici dei concorsi.

Per norma dei Medici, che eventualmente fossero nominati membri di Commissioni Esaminatrici di concorsi sanitari, pubblichiamo il prospetto delle indennità loro spettanti per ogni giornata di lavoro.

1) Rimborso del biglietto ferroviario di prima classe oppure indennità di L. 1,00 al chilometro, se manca un servizio pubblico di trasporti tra la abitazione del Commissario ed il luogo della riunione della Commissione.

2) Lire 10 per ogni seduta se il Commissario è un dipendente dello Stato, Provincia o Comune. In caso diverso il gettone di presenza è di L. 15.

3) Lire 70 quale indennità giornaliera; som-

ma che verrà ridotta di un terzo se il Commissario non pernotterà fuori domicilio.

La richiesta dei rimborsi della spesa di viaggio deve essere documentata dalla relativa pezza giustificativa (scontrino ferroviario, scontrino di auto-trasporti pubblici, dichiarazione di gestori di autogarage, ecc.).

Le indennità di cui ai nn. 1 e 2 saranno aumentate di due decimi.

(Da *L'Avvenire Sanitario*).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È stata ricostituita a Napoli la 3ª Clinica medica; a dirigerla è stato chiamato il prof. Giovanni Boeri, già titolare di patologia medica nello stesso Ateneo.

A coprire la cattedra di patologia medica rimasta così vacante va il prof. Luigi d'Amato, attualmente a Messina.

Il concorso per la cattedra di Clinica medica presso la R. Università di Pavia ha avuto il seguente esito: 1° Adolfo Ferrata; 2° Luigi D'Amato; 3° Antonio Gasbarrini; si è anche formulato un voto per Tommaso Pontano.

La Commissione era così composta: proff. Vittorio Ascoli, Pietro Castellino, Francesco Schupfer, Luigi Zoia, Ottorino Rossi.

Il prof. Ermanno Fioretti è stato nominato « aiuto volontario » della R. Clinica chirurgica di Roma. Il direttore di essa, prof. R. Alessandri, lo ha incaricato dell'insegnamento della « Medicina operatoria », insegnamento che egli impartisce con criteri moderni e grande perizia. Congratulazioni.

Il prof. dott. Arturo Manna è nominato chirurgo Primario nell'Ospedale Civile di Urbino.

La borsa di studio, che anche quest'anno la Ditta Wassermann di Milano ha messo a disposizione dell'Associazione Nazionale dottoresse in medicina e chirurgia per un concorso tra le socie, è stata assegnata alla dott.ssa Silvia Gandolfo di Siena, per un corso di perfezionamento in ematologia nella Università di Pavia (prof. Ferrata).

È risultato alla Commissione esaminatrice dei titoli (dott. Carcupino Ferrari, dott. prof. Borrino, dott. prof. Gardella) la ottima preparazione della Gandolfo la quale ha presentato diverse pubblicazioni di ricerche ematologiche ed embriologiche, sperimentali e cliniche, portando su alcune questioni contributo assolutamente personale.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: prof. Icilio Boni, della R. Università di Milano; dott. Angelo Ascarelli, Roma.

Uffiziali: prof. Arturo Campani, direttore del Sanatorio di Cuasso al Monte; prof. Enrico Trenti e dott. Remo Monteleone, rispettivamente aiuto ed assistente nella R. Clinica Medica di Roma; dott. Michele Siracusa, Castroreale (Messina).

Il Governo del Siam, dopo lunghi negoziati, ha nominato il dott. Erret C. Albritton, di Buffalo, professore di fisiologia all'Università di Bangcok.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Consiglio direttivo della C. R. I.

Sotto la presidenza del marchese Carlo dei principi Centurione Scotto, si è riunito per la prima volta il Consiglio direttivo dell'Associazione. Il nuovo presidente ha comunicato il programma che intende di seguire per dare un maggiore impulso alle attività della Croce Rossa, programma fondato sui seguenti capisaldi: conservazione delle opere attuali dell'Associazione e maggiore sviluppo di attività per procurarle più copiosi mezzi di vita, che le diano modo di allargare ancora di più le sue opere assistenziali.

Fu votato un ordine del giorno in cui si fan voti che il governo riconosca l'importanza della funzione parastatale della C. R. I. e le dia il necessario appoggio morale e materiale; e si constata con soddisfazione la piena efficienza ed il prestigio della Croce Rossa Italiana all'interno ed all'estero.

In seguito si riunì anche l'assemblea del Comitato centrale della C. R. I. alla quale il presidente ripetette il suo programma, che ottenne, come nella seduta del Consiglio, il plauso degli intervenuti.

L'assemblea espresse il suo plauso anche all'opera svolta dalla C. R. I. nel 1924-25, comunicata dal direttore generale prof. Baduel, con una dettagliata e lucida relazione.

L'assemblea, per acclamazione, proclamò presidente generale onorario della C. R. I. il sen. Giovanni Ciraolo, sintetizzando la deliberazione nel seguente ordine del giorno:

« Il Comitato centrale della C. R. I. ricordando con gratitudine il fecondo lavoro del sen. Ciraolo per la ricostituzione dell'Associazione e lo sviluppo delle sue maggiori fortune, delibera di conferirgli il titolo di presidente onorario della Croce Rossa Italiana ».

Inaugurazione dell'anno accademico a Napoli.

Ebbe luogo con grande solennità il 21 gennaio, alla presenza del ministro della P. I. on. Fedele, del cardinale Ascalesi, di numerose autorità civili e militari, di spiccate personalità scientifiche.

Parlò per primo il nuovo rettore prof. Bottazzi. Il ministro rievocò le gloriose tradizioni dell'Ateneo. Il discorso inaugurale fu pronunziato dal prof. Arnaldo Bruschettini, che svolse il tema: « L'evoluzione del diritto e la realtà ».

All'Università di Ferrara.

Il Ministero della P. I. ha autorizzato il ripristino della Facoltà Medica dell'Università di Ferrara, con annessa Scuola Ostetrica; ha preso questo provvedimento in seguito all'obbligo, assunto dagli Enti pubblici locali, di completare la Facoltà stessa — che fin'ora constava del solo primo triennio — entro il termine di tre anni. Avremo, così, una nuova Facoltà medica al completo.

La stato attuale della lotta antitubercolare.

Alla sede di Roma dell'Associazione della Stampa, il prof. Carlo Benedetti, primario dei servizi antitubercolari del Governatorato di Roma, di-

nanzi ad un uditorio sceltissimo, costituito da alte personalità del nostro mondo politico, scientifco e intellettuale, tenne una conferenza sullo stato attuale della lotta antitubercolare in Italia.

La conferenza, copiosamente documentata, si chiuse invocando un'azione forte e decisa da parte del Governo, così da porre il nostro Paese a un livello degno delle nostre tradizioni.

Corsi di perfezionamento in igiene e in batteriologia.

Presso l'Istituto d'Igiene di Bologna si terrà un corso bimestrale per aspiranti alla carriera sanitaria, a partire dal 1° marzo. Tassa di L. 400, da versare all'Economato dell'Università. Si terrà anche un corso pratico accelerato di batteriologia, dal 1° al 30 maggio; tassa di laboratorio L. 100 e rimborso spese di consumo L. 150. Rivolgersi al direttore dell'Istituto.

Corsi internazionali a Berlino.

Nel mese di marzo 1926 avranno luogo dei *corsi d'istruzione internazionali* promossi dalla facoltà medica e preparati in comune dalla Kaiserin Friedrich-Haus e dall'Unione dei docenti.

Oltre a due corsi di 2-4 settimane nelle specialità, il programma prevede: 1) corso di due settimane di «tecnica diagnostica e terapeutica con esercizi pratici»; 2) corso di due settimane sulla «clinica della medicina interna»; 3) corso di due settimane sulle «malattie nervose»; 4) corso di due settimane sulle «malattie dei bambini»; 5) corso di una settimana sulla «terapia e diagnostica radiologica»; 6) corso d'istruzione per i medici di gola-naso-orecchio.

Informazioni e programmi speciali offre l'Ufficio dell'Unione dei docenti dei corsi delle vacanze mediche, Berlino NW. 6, Luisenplatz 2/4.

Per l'insegnamento post-universitario in Ungheria.

Il Comitato Medico Ungherese Post-Universitario, il quale è di nomina ministeriale e viene rinnovato ogni cinque anni, ha dato alla luce una «Guida» sull'insegnamento medico post-universitario in Ungheria. A questa iniziativa ha concorso l'Associazione Medica Americana di Budapest.

Un ammonimento contro lo studio della medicina in Germania.

Le autorità governative della Prussia hanno emanato un ammonimento per mettere in guardia il pubblico contro i pericoli che i giovani correrebbero nel seguire gli studî medici durante i prossimi anni.

L'avviso ufficiale rileva che attualmente v'è pletora di medici; quindi ai nuovi diplomati si offrono pochi sbocchi, e contrastati; al tempo stesso fa considerare che tra tutti gli studi accademici quelli di medicina sono i più lunghi ed i più costosi.

L'iniziativa di questo provvedimento è partita dai rappresentanti delle «Aerzte-Kammern» (sindacati medici).

Professori medici dimissionarî in Irlanda.

Quasi contemporaneamente, hanno rassegnato le dimissioni i proff. John Mallet Purser e Joseph O' Carroll, insegnanti di medicina interna alla Università Nazionale di Dublino. Secondo il «Lancet», le dimissione di Purser sono state determinate da motivi di salute.

Congressi medici in Argentina.

Nel corso del 1926 si aduneranno in Argentina il 3° Congresso medico nazionale, presieduto dal prof. C. Bonorino Udaondo, e la 4ª Conferenza sud-americana d'Igiene, Microbiologia e Patologia, presieduta dal prof. E. Araoz Alfaro, direttore generale della Sanità pubblica.

Società Radiologica Nord-Americana.

Tenne la sua 11ª adunanza a Cleveland, dal 7 all'11 dicembre; furono in discussione i temi: linfoblastomi, tumori ossei, affezioni pelviche non cancerose, diagnosi delle affezioni renali e della cistifellea, ed altri.

L'Università di Caracas.

L'Università di Caracas (Venezuela) ha celebrato il 1° centenario della sua fondazione, avvenuta nel 1725, per opera di Filippo V. Il principale discorso commemorativo fu tenuto dal rettore dott. Diego Carbonell. Fu scoperta una lapide e furono distribuite medaglie-ricordo.

L'Equador ha chiuso le sue università.

Un decreto governativo ha chiuso le quattro università dell'Equador, le quali sorgevano a Quito, Guayaquil, Loja e Cuenca. La motivazione è che esse si sono dimostrate insufficienti nell'esplicare il loro mandato; che concedevano i diplomi con troppa facilità, inondando il paese di professionisti per la maggioranza impreparati e che danneggiavano il pubblico invece di rendersi utili. Il decreto stabilisce che la chiusura sarà solo provvisoria; ma si prevede che essa durerà parecchi anni. Uno dei risultati di questa misura consisterà nel costringere gli studenti a frequentare le università straniere, limitandone il numero.

Una policonsulenza pei poveri

è stata istituita dal prof. Amante presso la sua Clinica privata in Roma (via Lancisi). Si vale dell'opera di dodici medici.

Con CAMILLO GOLGI si spegne uno dei maggiori uomini di scienza contemporanei.

Di Lui diremo ampiamente in un prossimo numero.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE.

Giudizi di abbonati.

Il trionfale successo del nostro periodico rende del tutto superfluo di documentare l'estimazione in cui esso è tenuto.

Non vogliamo tuttavia esimerci dalla consuetudine di riportare almeno alcuni tra i giudizi che ci sono stati espressi in occasione del rinnovo degli abbonamenti. Ci limiteremo a pochissimi scelti tra i più sintetici e significativi.

Il dott. Gaetano Bruno Lizi, di Palermo:

« ... Riconfermo sempre al prezioso *Policlinico*, che sì valido appoggio dà alla cultura medica, i sensi della mia più viva riconoscenza, del mio attaccamento, della mia stima e ammirazione ».

Il dott. Arturo Antognoli, di Mombaroccio (Pesaro):

« Nulla come tale giornale serve alla coltura di noi giovani.... Sento tale riconoscenza pel loro periodico che, ove mi fosse richiesto, farei ogni mio sforzo per ricambiarne l'operosità e la lena ».

Il dott. Pasquale Marzano, direttore dell'Ospedale Civile di Scansano (Grosseto):

« Come vecchio abbonato seguo con passione e con ammirazione lo svolgersi della vita dell'ottimo Periodico, che ormai è il più completo, compagno indispensabile di ogni medico e studioso ».

Il dott. Gaudenzio Bellaroloni, di Bassignana (Alessandria):

« Al *Policlinico*, primo e forte assertore del progresso della medecina e compagno inseparabile nell'esercizio professionale, i miei evviva e augurii per l'avvenire ».

Il prof. Giovanni Velo, di Venezia:

« Unisco l'espressione della mia più viva soddisfazione per tale prezioso periodico ».

Il dott. Giovanni Barbera, di Bari:

« Il periodico è veramente ben all'altezza del sintetico spirito moderno medico-chirurgico ».

Il dott. cav. uff. Filippo Cipriani, di Antrodoco (Aquila):

« Al caro *Policlinico*, che dal suo primo nascere m'ebbe sempre fra i suoi più fedeli abbonati, mi gode l'animo di rinnovare ancora una volta, dopo sì lunga consuetudine, la mia cordiale immutata adesione ».

Il dott. Vittorio Tamassia, di Villa Poma (Mantova):

« ... I più lieti e migliori auguri per questo periodico che con cura assidua coltiva la mente, il cuore, il carattere dei suoi abbonati ».

Il dott. Alberto Polito, di Fragagnano (Taranto):

« Ritengo la Sezione Pratica del *Policlinico* utilissima a tutti i medici, ma specie a coloro che sono purtroppo lontani dai centri universitari ».

Il dott. Luigi Bonacchi, di S. Fiora (Grosseto):

« Devo sinceramente attestare che il *Policlinico* è un periodico di grande utilità scientifica per il medico che è costretto a vivere lontano dagli ospedali ».

Il dott. Camillo Antonini, di Garbagna (Novara):

« Accompagno la quota di abbonamento cogli auguri di sempre maggiore ascesa al Suo giornale medico, utilissimo specie a noi, lontani dai centri di cultura ».

Il dott. Italo Mazzi, di Montebello Vicentino (Vicenza):

« Auguri per la prosperità del giornale, compagno utilissimo del medico condotto ».

Il dott. Alberto Fiengo, di Scafati (Salerno):

« Mi affretto a rinnovare il mio abbonamento pel 1926 alle tre Sezioni del *Policlinico*, riviste che mi portano ossigeno vivificante di intellettualità, dove sono confinato ».

Il dott. Guido Treves, di Pralungo (Novara):

« Mi premuro mandarle l'importo del mio abbonamento onde non abbia a mancarmi l'invio del *Policlinico*, che godo tenere sempre vicino quale buon amico inseparabile nel mio duro lavoro ».

Il dott. Mario Fiamberti, Ospedale Psichiatrico Provinciale, Brescia:

« Invio auguri fervidissimi per l'eccellente *Policlinico*, buon compagno anche di ogni neuro-psichiatra, che non voglia perdere di vista la medicina generale ».

Il dott. Giulio Oppi, di Sommacampagna (Verona):

« Augurii di sempre maggiore sviluppo e diffusione al vostro simpaticissimo e utilissimo giornale ».

Il dott. Pasquale Maselli di Accadia (Avellino):

« I migliori auguri al giornale che tanto prezioso contributo reca alla soluzione e diffusione dei più alti problemi sanitari ».

Il dott. Arturo Antognoli di Montebaroccio (Pesaro):

« Rinnovo il senso di grata solidarietà che mi unisce al settimanale ».

Il dott. cav. Ed. Savignoni Bey, di Cairo (Egitto):

« Nel rinnovarle le mie più vive sollecitazioni per il Suo interessante periodico, e per la puntualità con cui mi giunge, le unisco auguri, ecc. ».

Il dott. Luigi Manfredi Caruso, di Guglionesi (Campobasso):

« Colgo l'occasione per manifestare il mio grande attaccamento al *Policlinico*, che tra i giornali medici primeggia per numero, serietà e freschezza di notizie ».

Il sig. dott. Giuseppe Giansantelli, di Vassena (Como):

« Sempre fedele alla migliore Rivista medica d'Italia ».

*
* *

Ci sia consentito di riportare anche una tra le molte lettere di ringraziamento indirizzate al nostro consulente legale, avv. Selvaggi, la cui opera preziosa in vantaggio dei nostri abbonati si svolge in gran parte nell'ombra.

La pubblicazione di questa lettera ci è stata chiesta dall'interessato.

Onorevole Redazione del Giornale
« Il Policlinico »
ROMA

Prego voler pubblicare sulla Sezione Pratica di codesto pregiato Giornale quanto appresso:

Mi faccio un dovere di ringraziare pubblicamente l'avv. Giovanni Selvaggi, consulente legale de « Il Policlinico » poichè nella delicata vertenza insorta fra me (in qualità di medico condotto) e il Comune di Fragagnano, egli si dimostrò professionista esperto ed oltremodo corretto, tutelando quella tranquillità e quel decoro professionale che costituiscono purtroppo il bersaglio di tutte le condotte mediche.

Ringrazio per la cortese ospitalità.

Gennaio 1926.

Dott. ALBERTO POLITO,
medico condotto di Fragagnano (Taranto).

*
* *

Vogliamo ancora aggiungere che la piena efficienza del nostro periodico si concilia con un prezzo di abbonamento mantenuto molto basso, malgrado le crescenti spese generali, di cui sono una prova le attuali tariffe tipografiche, sul cui già elevato prezzo base gravava, al 31 dicembre, l'aumento del 74 % per caro viveri agli operai, cresciuto ora di altro 6 %, così da raggiungere la cospicua misura dell'80 %; l'inasprimento (20 %) sulle tariffe postali per l'estero; gli aumentati onorari al personale; il quadruplicato prezzo di fitto dei locali; ecc.

I nostri sforzi serrati trovano, però, incoraggiamento e compenso nel successo.

L'AMMINISTRAZIONE.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 8 Febbraio 1926 Fasc. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA MEDICA DELLA UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. V. ASCOLI.

Gli spasmi dolorosi addominali in rapporto con alterazioni del ricambio.

Prof. PAOLO ALESSANDRINI
primario medico degli Ospedali di Roma.

Ogni medico che abbia una modica esperienza di malati addominali rimane sorpreso del gran numero di pazienti che si lamentano di crisi dolorose addominali di carattere appendicolare, nonostante l'appendicectomia praticata in un tempo più o meno lontano.

Dai dati statistici del Roux, del Melchior, del Connell, risulterebbe che in circa il 40 % degli appendicectomizzati persisterebbero i dolori dopo l'appendicectomia. Le difficoltà diagnostiche che spesso si presentano nell'appendicite acuta, ma sopratutto nella cronica, giustificano una parte di questi interventi inutili. Gli esami anatomici dell'Orth e dell'Aschoff su 400 casi di appendici asportate per crisi dolorose acute nella fossa ileocecale destra hanno dimostrato un'appendice normale in circa il 10 % dei casi; una parte poi delle alterazioni anatomiche riscontrate dovevano considerarsi come una propagazione da processi annessiali o tiflitici.

Abitualmente queste crisi dolorose postoperatorie, quando non s'invochino aderenze, vengono

dai più interpretate come dovute ad una colite cronica ma più spesso ad un processo di colecistite che aveva mentito una sintomatologia di appendicite, ciò che spesso si osserva, sopratutto in casi di ptosi epatica.

Se non si può mettere in dubbio che qualche volta una colecistite possa presentarsi colle localizzazioni dolorose e colle irradiazioni che si danno come caratteristiche dell'appendicite, d'altra parte bisogna riconoscere che i medici hanno una grande tendenza a riferire a colecistite la massima parte delle crisi dolorose addominali che non rientrino nell'appendicite e nella colica renale: da una parte ciò è giustificato dal fatto che, colla creazione dei cosiddetti quadri atipici della colica epatica, qualunque attacco doloroso addominale colle più svariate irradiazioni può rientrare nel quadro della colica epatica; non è estraneo anche il fatto che la diagnosi di colica epatica è poco compromettente anche perchè la possibilità di controlli operatori è molto più limitata che non nell'appendicite.

Esistono però numerosi casi di coliche a tipo appendicolare che persistono anche dopo la doppia operazione di appendicectomia e colecistectomia.

La creazione del quadro clinico della *pseudoappendicite*, a cui tanto hanno contribuito le ricerche radiologiche di questi ultimi anni, e che sarebbe dovuto a vari processi congeniti o acquisiti a carico della regione ileo-cecale (cieco mobile, tiflectasia, pericolite, flessura di Lane, ecc.) pareva aver risoluto il problema delle crisi dolorose del quadrante inferiore destro dell'addome non riferibili ad appendicite e la chirurgia aveva sperato di poter far scomparire la sintomatologia dolorosa in parola mediante la correzione di tali alterazioni anatomiche. La letteratura di questi ultimi anni, da parte sopratutto chirurgica, dimostra una diminuzione dell'entusiasmo operatorio per tali forme morbose e la mia esperienza personale di vari anni ad essa si associa.

La spiegazione delle crisi dolorose che seguitano dopo appendicectomia non sempre deve ricercarsi nell'errore diagnostico. Se è ben vero che l'appendice estirpata spesso non presenta altre alterazioni che un'iperemia e un eccessivo allungamento (la prima benissimo spiegabile colle manovre stesse operatorie e la seconda non può rappresentare un criterio patologico) in molti casi all'atto operatorio o all'esame istologico consecutivo si sono riscontrate alterazioni anatomiche sicure, da non mettere alcun dubbio sul rapporto causale tra l'alterazione riscontrata e l'attacco doloroso. In tali casi a spiegazione delle crisi dolorose postoperatorie s'invocano le aderenze consecutive all'atto operatorio. Queste però secondo la mia esperienza possono spiegare solo una piccola parte dei dolori. Il normale comportamento della funzione intestinale controllato all'esame radiologico, l'insuccesso di nuovi interventi fatti allo scopo di togliere le aderenze, escludè, per una parte almeno di essi, una tale genesi. D'altra parte bisogna considerare che ogni laparotomia si accompagna a formazione di aderenze ed è strano come in genere tali dolori si verifichino specialmente negl'individui operati per crisi appendicolare o pseudoappendicolare, mentre debbono considerarsi eccezionali in molte altre affezioni addominali.

Senza voler neppure mettere lontanamente il dubbio sulla necessità dell'intervento precoce nell'appendicite acuta è davvero sorprendente come la mentalità medica, nonostante le ricche osservazioni radiologiche che hanno messo in evidenza l'importanza dello spasmo nella genesi del dolore nelle affezioni dell'apparecchio digerente, ancora sia così restìa ad una concezione puramente spastica di molte crisi dolorose addominali, sopratutto ad andamento cronico, recidivante. Spasmi dell'apparecchio digerente non solo possono spiegare molte crisi dolorose che simulano il quadro dell'appendicite o della colecistite, ma ci danno anche la ragione perchè molte volte l'intervento operatorio aggravi tali crisi, per meccanismi che qui sarebbe lungo enumerare.

Purtroppo l'esame radiologico non è sempre decisivo per la dimostrazione dello spasmo, giacchè, sotto l'azione delle sostanze di contrasto, spesso gli spasmi cedono: tanto minor valore ha la gravità dei fenomeni clinici. Basti pensare che spasmi intestinali senza base anatomica possono arrivare fino al quadro classico dell'ileo, e lievi crisi dolorose possono essere l'unica manifestazione di un'appendicite gangrenosa.

Contro una concezione rigidamente anatomica delle crisi dolorose addominali si elevava fin dal 1906 il Wilms; e il Koerte recentemente ha richiamato l'attenzione sugli spasmi che si verificano negli operati dell'addome; in cinque casi di dolori e vomiti consecutivi ad una gastro-enterostomia, in un nuovo intervento ha potuto osservare la contrazione spastica del tenue che aveva dato il quadro dell'ileo.

Un coefficiente spastico interviene in quasi tutte le affezioni dolorose dell'apparecchio digerente; non mi diffondo sugli argomenti clinici e radiologici che parlano in favore di ciò. In molti casi però non si può escludere anche un fattore peritoneale o per l'infiammazione o per la distensione del peritoneo che riveste un organo cavo nella genesi del dolore.

L'importanza del fattore spastico oggi è sicuramente dimostrata. Dirò di più: oggi lo spasmo degli organi cavi addominali viene invocato anche come fattore patogenetico di molte affezioni organiche.

Per l'ulcera gastrica il fatto primitivo sarebbe l'ecchimosi miliare determinata da uno spasmo della muscularis mucosae, che produce una stenosi dei piccoli vasi; coesistendo un succo gastrico a forte potere digestivo, anche esso determinato dalla stessa causa che provoca lo spasmo, (aumento del tono vagale) si produce un'autodigestione del tratto ecchimotico; la trasformazione della erosione in ulcera si farebbe sempre in virtù di questa diatesi spastica per la formazione di spasmi delle pareti gastriche, degli sfinteri e della muscularis mucosae. L'ulcera per suo conto è un fattore notevolissimo dell'iperreflettività spastica riflessa, ragione per cui si stabilisce un circolo vizioso.

Anche per la genesi dell'appendicite e della colecistite si ammette in un certo numero di casi un fattore spastico primitivo; nel caso dell'appendicite lo spasmo delle ultime anse dell'ileo, del cieco e del collo appendicolare favorirebbe la formazione della cavità chiusa e la penetrazione dei batteri nelle pareti appendicolari. Non è raro infatti trovare nelle storie degli appendicitici un lieve attacco senza febbre e senza leucocitosi, cui è seguito un attacco dei più tipici.

Il Kaufmann ha dimostrato che esistono coliche biliari dovute a spasmi primitivi del coledoco o del collo della cistifellea e in cui la precipitazione dei calcoli e l'infiammazione debbono considerarsi come fatti secondari.

Un caso del genere si è presentato anche alla mia osservazione: si trattava di una ragazza che presentò un attacco doloroso, da lasciare in dubbio sulla genesi appendicolare o colecistitica; si praticò l'asportazione dell'appendice che risultò integra; si praticò all'atto operatorio l'esplorazione della cistifellea e delle vie biliari, senza riscontrare nulla di abnorme. L'ammalata seguitò ad andar soggetta a crisi dolorose addominali in una delle quali la diagnosi di colecistite calcolosa risultava nettamente e il successivo atto operatorio praticato a due anni di distanza dal primo dimostrò una tipica colecistite calcolosa. Ho perduto di vista l'inferma e sarebbe stato interessante stabilire l'ulteriore evoluzione.

Nella formazione dei calcoli potrebbe anche influire l'essudazione mucosa che quasi costantemente si accompagna ad ogni crisi spastica dell'apparecchio digerente. Il Meltzer ha formulato la legge dell'innervazione antagonista tra la cistifellea e lo sfintere di Oddi durante la digestione; il rilasciamento dello sfintere si associa alla contrazione della cistifellea, la chiusura all'afflosciamento. Quando per un disturbo dell'innervazione è rotto questo ritmo e la cistifellea si contrae mentre lo sfintere è chiuso si avrebbe una rapida stasi biliare con sensazioni dolorose, che a lungo andare potrebbe determinare lesioni della mucosa e rappresentare l'inizio di un processo colecistitico.

Queste considerazioni dimostrano l'importanza che in alcuni casi può avere un disturbo funzionale nel determinare alterazioni organiche a carico dell'apparecchio digerente.

Nella interpretazione delle crisi dolorose addominali non bisogna mai trascurare di considerare la possibilità della loro genesi spastica, quando specialmente manchino criteri sicuri che parlino per un processo organico, quali la leucocitosi, la difesa addominale, la febbre, ecc. (sebbene la febbre anche in stati spastici intestinali possa presentarsi) e quando sopratutto esiste una variabilità di localizzazione delle varie crisi dolorose, non bisogna precipitare con prematuri interventi, giacchè l'esperienza ha dimostrato che la tendenza agli spasmi aumenta in genere dopo gli atti operativi, eccezione fatta di condizioni speciali psichiche del paziente, in cui si osserva una guarigione di crisi dolorose appendicolari anche dopo asportazione di un'appendice che l'esame istologico ha dimostrato normale.

Gli spasmi dell'apparecchio digerente possono essere determinati da cause che risiedono sullo stesso segmento sede di spasmi, ovvero per stimoli a distanza per affezioni per lo più endoaddominali; alcune volte sfugge la spina provocatrice e si osservano spasmi più svariati nei vari segmenti ed anche casi di ileo spastico apparentemente primitivi.

Degli spasmi sintomatici di una lesione regionale basta citare molte coliche epatiche per calcolosi della cistifellea. Allo stesso gruppo appartengono alcune volte i periodi dolorosi dell'ulcera gastrica e i dolori periodici nelle affezioni del colon.

Molte volte però la spina irritativa può essere a distanza: basta pensare alle sindromi duodenali nell'appendicite cronica o nella stipsi, agli attacchi simulanti una colica epatica nelle lesioni degli organi genitali femminili, alle coliche mucose dipendenti da causa riflessa annessiale.

L'indeterminatezza del quadro clinico di molte crisi dolorose addominali trova la spiegazione nel fatto che in tali casi tutta l'innervazione vagale è in uno stato d'ipertono; esaminando infatti radiologicamente i pazienti sotto l'attacco di crisi si riscontrano spasmi sia a carico del colon che

dello stomaco e i dati clinici parlano per spasmi anche a carico delle vie biliari.

Per quanto si possa dar valore nella genesi della crisi spastica alla spina stimolatrice, non si può fare a meno di dare una importanza enorme al fattore costituzionale; basta pensare alle forme latenti di colecistite, ai periodi di requie dei dolori nell'ulcera gastrica, mentre esistono sicuri segni che l'ulcera non è cicatrizzata, per comprenderne il valore.

Questo fattore individuale varia molto nei diversi individui e nello stesso individuo a seconda delle stagioni, dell'alimentazione, delle condizioni di surmenage, ecc.

I primi che hanno cercato di penetrare l'essenza del fattore individuale nella patologia dolorosa viscerale furono l'Eppinger ed Hess colla loro concezione della vagotonia e coll'osservazione della tendenza agli spasmi dolorosi dell'apparecchio digerente nei vagotonici.

Pur facendo delle riserve sulla concezione primitiva degli autori viennesi intesa come una manifestazione di personalità a caratteri clinici e a reazioni farmacologiche costanti, è indubbio che esistono individui che presentano squilibri regionali dei due tipi d'innervazione antagonista.

Per quel che si riferisce all'apparecchio digerente una prevalenza del tono vagale possiamo averlo oltre che per condizioni congenite, endocrine, anche per forme tossiche (piombo, nicotina, colina), o riflesse (vermi intestinali, affezioni genitali o lesioni organiche dei vari visceri addominali).

Pur ammettendo che i fattori più svariati possano agire turbando l'equilibrio dell'innervazione viscerale, io ho potuto osservare che crisi addominali periodiche intervengono in individui che non solo agli esami clinici ma anche alle indagini farmacologiche non presentano segni di alterazioni dell'equilibrio dell'innervazione viscerale; d'altra parte con una concezione puramente di uno squilibrio nervoso non si comprendono le crisi dolorose addominali, molti stati diarroici che hanno come lo shock anafilattico, una insorgenza improvvisa e a rapida risoluzione.

Gli studi iniziati dal Loeb sull'importanza dello ione del calcio nelle manifestazioni della vita possono spiegare un gruppo di crisi dolorose addominali.

Molte crisi dolorose addominali debbono essere messe in rapporto con crisi di decalcificazione dipendenti da alterazioni del ricambio intermedio.

L'importanza del calcio, non solo per la vita cellulare ma anche per la regolazione fin delle funzioni viscerali, è frutto dei lavori sperimentali di questi ultimi anni.

Nel plasma umano esiste una quantità costante di calcio, un livello che può considerarsi costante in virtù di un meccanismo regolatore situato nelle paratiroidi; esso si trova in parte come calcio colloidale (combinato ad albumina o lipoidi), in parte come bicarbonato e in parte allo stato di ione calcico.

Il calcio dell'organismo penetra cogli alimenti o coll'acqua e si elimina per l'intestino e per i reni.

Dal punto di vista funzionale esiste un antagonismo tra ioni del calcio e ioni del potassio (e in parte anche del sodio). I rapporti reciproci dei singoli cationi regolano le funzioni di ogni cellula del nostro organismo. La prevalenza degli ioni del K sposta tutte le funzioni cellulari in un senso, la prevalenza di quelli del calcio nel senso antagonista.

Tutte le funzioni viscerali sono sotto questa antagonistica influenza e si è visto che la prevalenza degli ioni del K determina la stessa sintomatologia della vagotonia, quella degli ioni del Ca uno stato che corrisponde al simpaticotonico. L'azione degli ioni può esplicarsi anche quando le fibre nervose vegetative sono tagliate o degenerate, mentre l'azione nervosa non può esplicarsi senza la presenza degli ioni corrispondenti. Ma quello che è più importante è che la sottrazione di un gruppo di ioni ha per conseguenza una modificazione dell'effetto nervoso; così quando esiste un eccesso degli ioni del calcio uno stimolo del vago, invece di rallentare i battiti cardiaci, li accelera. Nella sottrazione dello ione calcio, qualsiasi stimolo sia del vago che del simpatico si manifesta con un aumento del vago tono. L'associazione dell'adrenalina allo ione calcio determinerebbe un'azione simpaticotonica molto più spiccata.

Gli ioni calcio e potassio rappresenterebbero così gl'istrumenti di cui si serve il nervo per agire.

L'uso terapeutico del calcio si era infatti già dimostrato utile in molti stati messi in rapporto con un aumento del tono vagale, come per esempio l'asma bronchiale.

Sottrazioni acute del calcio del plasma possono determinarsi con molti meccanismi; l'osserviamo per esempio nello shock anafilattico, in cui pare si avrebbe la precipitazione del calcio colloidale e infatti la terapia calcica in questi stati può attenuare una parte dei sintomi; ma una sottrazione del calcio improvvisa si può avere per un semplice processo chimico, iniettando negli animali ossalato di sodio o dimetilguanidina, sostanze che hanno una grande affinità per il calcio; la sottrazione improvvisa del calcio si manifesterebbe negli animali con una sintomatologia che ricorda la tetania.

Le mie osservazioni cliniche mi autorizzano ad ammettere che molte crisi dolorose addominali e molti stati diarroici si stabiliscono in virtù di una sottrazione improvvisa di sali di calcio. Queste sottrazioni brusche potrebbero avvenire con vari meccanismi; accenno solo alle introduzioni massive di acido fosforico o acido ossalico esogeno, ma sopratutto endogeno. Il fosfato e l'ossalato di calcio verrebbero eliminati per le feci e per le urine, dove (specialmente in queste ultime) è facile la loro costatazione. La sottrazione rapida determinerebbe un rapido aumento del tono vagale, che predispone a uno squilibrio rapido, specialmente se esistono spine irritatrici, che per proprio conto tendono a circoscrivere la reazione col meccanismo di un riflesso viscerale segmentario.

L'eliminazione del calcio in abbondanza è facile constatarla in molte di queste crisi per l'abbondanza dei cristalli di ossalato calcico che si riscontrano nelle urine durante il periodo della crisi (tenendo naturalmente i pazienti a dieta priva di ossalati); quando un esame semplice del sedimento urinario non rivela un sedimento cristallino (giacchè la precipitazione dell'ossalato è fino ad un certo punto dipendente dal grado di concentrazione) basta aggiungere un eccesso di acido ossalico e allora si osserva una ricca precipitazione di cristalli di ossalato di calcio, che nelle urine normali non si verifica.

Nell'organismo un'alterazione del ricambio (forse degli zuccheri) che avrebbe per conseguenza una rapida perdita dei sali di calcio nel sangue potrebbe spiegare molte crisi dolorose e molte diarree periodiche e verrebbe a lumeggiare l'importanza che hanno le alterazioni del ricambio nella patogenesi di molti processi a carico dell'apparecchio digerente. Noi finora abbiamo cercato la causa degli stati morbosi addominali nello studio diretto radiologico, chimico e microscopico del contenuto dello stomaco ed intestino; la spiegazione però in molti casi l'abbiamo cercata invano. È necessario non dimenticare mai di non circoscrivere eccessivamente la nostra attenzione solo sull'organo malato.

Da mie esperienze risulterebbe che i peggioramenti in stati dolorosi addominali e in molte diarree in seguito a somministrazione di erbaggi non dipendono dalla stimolazione meccanica delle pareti intestinali per opera della cellulosa; infatti somministrando per esempio ai diarroici dei pezzetti di sughero, vengono spesso ben tollerati; mentre si ha costantemente un peggioramento colla somministrazione di una purea di spinaci.

Una funzione paratiroidea normale ristabilisce rapidamente l'equilibrio, quando i sali di calcio vengano rapidamente a mancare nel siero; però, quando la perdita è rilevante o esiste uno stato d'insufficienza paratiroidea, si stabiliscono rapidamente stati di squilibrio dell'innervazione viscerale che portano a crisi dolorose o a diarree. Al momento degli attacchi ho riscontrato spesso aumento dell'eccitabilità idiomuscolare specialmente in individui giovani; si hanno così manifestazioni fruste di tetania.

L'ossaluria aveva perduto dopo Cantani l'importanza come entità patologica all'infuori che per la produzione dei calcoli.

È un fatto indubbio che l'ossaluria continua, « la piccola ossaluria » sia un fattore etiologico di notevole importanza nella produzione di un gruppo di calcoli urinari; ma maggiore importanza ha per me l'ossaluria critica, non solo per la produzione di crisi dolorose a tipo di colica renale, che spesso si accompagnano ad ematuria per l'irritazione del parenchima renale e della pelvi per opera dei cristalli di ossalato di calcio, ma anche di crisi dolorose a carattere addominale, che alcune volte hanno un aspetto clinico ben definito, altre volte invece lasciano in dubbio sulla diagnosi.

Una crisi ossalurica può essere il punto di partenza di spasmi della muscularis mucosae dello stomaco che è a base della formazione dell'ulcera, e rappresenterebbe come la scintilla, che provoca l'inizio del processo che poi continua ad evolvere per proprio conto per il circolo vizioso che abbiamo descritto.

Altre alterazioni del ricambio del fosforo possono intervenire con meccanismo analogo a determinare gli stessi disturbi dell'ossaluria critica.

Queste considerazioni gettano luce sul problema della periodicità dei disturbi organici dell'apparecchio digerente. Quante volte ci siamo domandati il perchè della periodicità della massima parte delle malattie dell'apparecchio digerente a cominciare dall'ulcera gastrica e sopratutto duodenale!

L'analogia che molte malattie dell'apparecchio digerente verrebbero ad avere cogli stati gottosi spiegherebbe alcune volte quella che potrebbe definirsi « la legge del periodo ».

Ad ogni modo l'esistenza della possibilità di ripercussioni sull'apparecchio digerente di alterazioni del ricambio bisogna tenerla presente per non cercare spesso invano la causa della sintomatologia addominale in pure manifestazioni locali.

Ciò non ci autorizza però a trascurare esami radiologici, coprologici, ricerche col sondaggio duodenale ed un'analisi accurata della storia del malato, prima di parlare di forme spastiche primitive.

Questi stati spastici su base costituzionale possono presentarsi o come crisi di colica epatica, come pilorospasmo o cardiospasmo: come sindromi d'irritazione del colon prossimale, che deco-

rono per lo più con stipsi alternata a diarrea o del colon distale, che decorrono per lo più come forma di colica mucosa.

In alcuni casi abbiamo delle pseudo coliche renali, che solo l'esame radiologico o l'emissione di calcoli può farci distinguere dalla colica calcolosa, giacchè l'eliminazione massiva dell'ossalato di calcio si accompagna spesso ad ematuria per lo più microscopica.

I sintomi addominali sono di varia intensità e vanno da un senso di tensione dolorosa al quadro classico dell'ileo.

Molte volte le crisi di dolore non hanno una localizzazione ben netta, per cui diversi medici formulano una diagnosi diversa; talora negli attacchi successivi cambiano di carattere.

La localizzazione costante deve far pensare all'esistenza di spine irritative; l'esistenza di forti perdite di calcio, i sintomi d'iposurrenalismo, l'ipereccitabilità idio-muscolare sono criteri perchè nella terapia il fattore costituzionale non venga trascurato, anche se esistono cause locali.

Per tale disposizione agli spasmi esiste una cura sintomatica che ha già dato risultati notevoli in forme analoghe di altri sistemi, quali l'asma da fieno e l'asma bronchiale, sebbene l'asma bronchiale sia un fenomeno più complesso che si avvicina più al quadro dello shock anafilattico: esistono però forse diversi meccanismi nella produzione dell'attacco asmatico.

La terapia calcica non può essere che orale o endovenosa: l'introduzione sottocutanea determina spesso necrosi. È preferibile sempre la terapia endovenosa perchè l'assorbimento per il canale gastro-intestinale è lentissimo. Esistono condizioni dell'apparecchio digerente che favoriscono l'assorbimento dei sali di calcio, quali per esempio l'abbondanza di HCl; l'acqua di Karlsbad, pur essendo poverissima di sali di calcio, pare che elevi il livello del calcio nel sangue; la ricchezza in sali di calcio di alcune acque italiane forse rappresenta l'elemento fondamentale come calmante delle crisi dolorose di vera o pseudocalcolosi epatica.

La massima efficacia della terapia calcica l'abbiamo nella introduzione endovenosa. Dei sali il più indicato si è dimostrato essere il cloruro di calcio in dosi di 0.50-1 gr. in 5-10 cmc. di acqua.

Non ho ancora praticato ricerche per stabilire il livello del calcio nel sangue dopo la cura, però i risultati ottenuti anche in seguito alla cura temporanea lasciano supporre che essa sia in grado di risvegliare il potere di regolazione.

Abitualmente pratico dapprima una iniezione ogni due giorni di 1 gr. di cloruro di calcio per una settimana; per due settimane una iniezione ogni tre giorni e per quattro settimane una iniezione settimanale.

Ho potuto osservare che molti malati che avevano crisi periodiche anche giornaliere di dolori addominali completamente ristabiliti per parecchi mesi dopo la cura endovenosa. Ho sempre consigliato la continuazione della cura per bocca sotto forma di lattato di calcio (1-2 gr. pro die).

Contemporaneamente somministro, specie nei casi più gravi, belladonna; essa, associata all'uso del calcio, dimostra una costanza di azione molto maggiore che da sola: ciò si comprende da quanto abbiamo detto a proposito dell'effetto dello stimolo vagale o simpatico a seconda della prevalenza degli ioni di calcio o di K.

Anche la regolazione della dieta è una condizione essenziale di successo.

Nell'efficacia della cura lattea nell'ulcera gastrica non deve essere estranea la calcioterapia che si ottiene colla somministrazione di latte di vacca.

Quindi abbondanza di latte (quando le condizioni intestinali non la controindichino), diminuzione della carne (per la ricchezza dei sali di potassio che contiene e soppressione di alcune verdure, sopratutto spinaci) rappresentano fattori coadiuvanti di notevole importanza.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
Direttore: prof. Sen. A. CARLE.

Di un caso di cisti da echinococco primitiva dello spazio vescico-rettale.

Dott. GIORDANO GIACINTO, aiuto volontario e docente.

Recenti lavori sulle cisti da echinococco (Dévé, Putzu, Nassetti, Cevario, ecc.) rimettono a nuovo problemi di patologia e di clinica, tutt'oggi dibattuti e sempre vivi di interesse.

Gli autori non hanno ancora trovato una linea concorde per solo ammettere o negare alcuni dati ed il proprio caso risulta sempre di qualche particolare interesse ciò che significa che propriamente non tutti i lati del problema sono noti od accettati per veri. Pure operativamente non saprebbe meglio scegliersi un metodo piuttosto che un altro, tanti sono e tutti vantati per buoni.

Un caso di cisti da echinococco, fondatamente primitivo dello spazio vescico-rettale, ebbimo pure noi occasione di osservare ed operare. Lo descriveremo per alcuni particolari che riteniamo utili a conoscersi e per il trattamento speciale seguito da guarigione.

Storia clinica. — M. Luigi di anni 15 da Beinasco.

Nulla di notevole nel gentilizio. Padre e madre

sani; un fratello e due sorelle pure viventi e sani.

Non sofferse malattie degne di nota. Da circa due anni accusa all'ipogastrio la presenza di una tumefazione indolente, che andò a poco a poco aumentando di volume, obbligandolo a mingere con maggior frequenza, specialmente di notte.

Da qualche mese nota senso di stanchezza e debolezza generale.

Non ha mai accusato febbre o dolori speciali all'infuori di un senso di ripienezza e di peso al basso ventre accompagnati da stimoli alla defecazione, non sempre seguiti da risultato.

Esame obiettivo. — Individuo di costituzione scheletrica regolare.

Masse muscolari e pannicolo adiposo poco sviluppati, cute e mucose visibili pallide.

Negativo l'esame dell'apparecchio respiratorio e circolatorio. All'esame dell'addome colpisce una sporgenza della parte media dell'ipogastrio, simile al fatto obiettivo che può conseguire in una donna affetta da mioma uterino voluminoso, e che dà l'impressione di una vescica enormemente distesa.

Tale sporgenza è ancor più evidente quando si esamina l'ammalato di profilo. La cute che ricopre detta tumefazione è di colorito normale. Colla palpazione, che non provoca dolore, si rileva la presenza di un tumore ovoidale a superficie liscia, di consistenza elastica, fisso.

Col riscontro rettale il dito riconosce sulla faccia anteriore del retto un tumore teso, a superficie regolare, di forma tondeggiante, che occupa quasi tutto il piccolo bacino, e che comprime fortemente l'intestino. Questa massa è nettamente delimitabile e si continua direttamente colla sporgenza notata a livello dell'ipogastrio.

Evacuata la vescica mediante cateterismo, il tumore conserva i medesimi caratteri. Nessun altro fatto obiettivo si rileva a carico dell'addome.

Orine normali.

All'esame radiologico si nota la presenza di una lieve ombra, che occupa quasi tutto il piccolo bacino e che si estende in alto fino a circa 4 dita trasverse sopra il pube. Null'altro a carico dell'addome e del torace.

Esame del sangue: Emoglobina 79; Globuli rossi 4,580,000; Valore globulare 0,86; Globuli bianchi 5200; Linfociti piccoli 22 %; Linfociti medi 0,5 %; Grossi mononucleari 10,5 %; Forme di passaggio 5,5 %; Leucociti polinucleati neutrofili 58 %; Leucociti eosinofili 3,5 %; Leucociti basofili 0.

In complesso dall'esame del sangue risulta anemia di grado moderato con diminuzione del valore globulare, leucopenia neutrofila; tendenza ad aumento dei leucociti eosinofili; linfociti normali.

Istituita la diagnosi generica di cisti e sospettata una cisti da echinococco — sospettata, diciamo in assenza di reazioni sierologiche — intervenimmo per via laparotomica mediana sottombelicale il 27 novembre 1924, in cloronarcosi, in posizione del Trendelenburg.

Aperto il peritoneo, apparve un tumore di colorito biancastro-lattescente di forma ovoidale, strozzata (a clessidra) di consistenza fluttuante, rivestito dal peritoneo viscerale, tumore, il cui polo superiore sporgeva di circa 4 dita trasverse sopra il pube e quello inferiore si affondava nel piccolo bacino, tra vescica e retto, senza prendervi contatto colle parti ossee.

Isolato accuratamente il campo operatorio con delle compresse, dopo avere inciso il peritoneo viscerale tutt'attorno al polo superiore del tumore, accertato che si trattasse di una cisti da echinococco, (significativo l'esito di una puntura esplorativa, colla quale si ricavò tipico liquido idatideo) presenti a noi i vari metodi operativi in uso e per l'indicazione speciale del caso, prima che altri volemmo tentare la sua ablazione in massa.

Cominciammo così a scollare la cisti dalla vescica, ciò che riuscì con tutta facilità; laborioso fu lo scollamento dal retto per le intime aderenze riscontrate e per la presenza di numerosi vasi sanguigni. Non soltanto la cisti aveva i descritti rapporti colla vescica ed il retto, ma si addossava per tutta la sua estensione al mesoretto, fino a lasciare in primo tempo l'impressione che si fosse svolta tra i fogli del meso-citato.

Più attentamente osservata invece, per le necessità tecniche, si vide che essa era soltanto addossata al meso, che i suoi rapporti erano di sola stretta contiguità e che al meso era potuto congiungersi attraverso sinechie fibrose, che, come già per il retto, si dovettero resecare attentamente senza ledere la contiguità del meso stesso.

Dopo lunghe e delicate manovre riuscimmo ad estirpare tutta intera la cisti senza romperla.

Provveduto all'emostasi definitiva, richiudemmo parzialmente l'addome lasciando una saccoccia alla Mikulicz.

Decorso post-operatorio regolare — in settima giornata la saccoccia venne rimossa e sostituita da un tubo di drenaggio. Il paziente 25 giorni dopo l'atto operatorio venne inviato a casa completamente guarito.

Recentemente abbiamo avuto occasione di rivedere il paziente: sta bene, è aumentato in peso e nulla rilevammo a carico degli organi addominali e toracici.

Esame macroscopico. — Il pezzo asportato ha una forma ovoidale del diametro maggiore, preso fra i due poli estremi, di cm. 19; il diametro trasverso massimo è di cm. 8 circa.

Questa formazione è grossolanamente suddivisibile all'ispezione esterna, per opera di una specie di strozzatura anulare, in due parti: la maggiore misura in lunghezza 14 cm., finisce appuntita e presenta una bozza laterale a contorno arrotondato; la minore grossa meno che la metà della prima è piuttosto sferoidale e come la prima bernoccoluta.

La superficie esterna di questa formazione è per qualche tratto levigata, per qualche altro rugosa, a causa della presenza di briglie e di stratificazioni di connettivo; qua e là risaltano evidenti arborizzazioni di vasi sanguigni.

Alla palpazione si percepisce che non è ovunque uguale lo spessore della parete: bianco-grigiastra sottile, di rado fino alla trasparenza, in qualche breve tratto; e quasi sempre spessa, di consistenza che va dal fibroso, duro, sclerotico, fin quasi al cartilagineo.

Con una siringa sterile si estraggono circa 10 cmc. di liquido limpido color acqua di rocca.

Di esso liquido una parte viene impiegata per

seminare tubi di brodo comune ed agar, ed un'altra parte per l'esame microscopico del sedimento.

Tanto il brodo che l'agar restano sterili.

L'esame microscopico del sedimento mise in evidenza detriti granulosi e qualche cristallo di forma più o meno regolarmente quadrangolare; non uncini riconoscibili, nè altra immagine che facesse pensare all'echinococco.

All'incisione della parete cistica fuoriesce abbondante liquido, limpido e chiaro, svuotato il quale, la cavità rimane ancor occupata in buona parte da una massa irregolare bernoccoluta nella quale si distinguono gruppi di vescicole con pareti sottili, bianco-lattescenti, trasparenti. In altri punti, il tagliente avendo inciso alcune di esse, si vede che la loro parete è pluristratificata e mostra alla superficie interna un aspetto granuloso per la presenza di minutissimi noduletti, grossi come una capocchia di spillo, riuniti talora a gruppi, biancastri e rilevati.

FIG. 1.
Cisti da echinococco dello spazio vescico-rettale. Intiera.

FIG. 2.
La stessa. Aperta.

Le cisti contengono un liquido chiaro con sedimento bianchiccio a mo' di sabbia minutissima, che, esaminata al microscopio insieme alla raschiatura dei noduletti sopra ricordati mostra di essere costituita dalle caratteristiche teste di echinococco provviste di uncini, teste che si presentano isolate o riunite a gruppi.

Alcune delle cisti aderiscono lassamente alla superficie interna della stessa membrana avvolgente comune.

Con lieve trazione si riesce a separarle e lasciano allora in sito, sulla superficie interna della membrana, delle stratificazioni molli, giallognole; uguali stratificazioni si scorgono anche in qualche tratto libero della superficie interna della membrana stessa.

In base a tale reperto si diagnostica un echinococco endogeno.

Esame istologico. — Per praticare l'esame istologico si inclusero in paraffina due pezzetti della membrana esterna avvolgente le cisti figlie dell'echinococco endogeno sopra descritto, prelevata ove maggiore era lo spessore e la consistenza, ed alcuni tratti della parete pluristratificata di cisti figlie.

Le osservazioni microscopiche vennero eseguite su preparati coloriti col carminio allume, colla ematossilina-eosina; col van Gieson e col metodo Unna-Taenzer-Livini alla orceina per il tessuto elastico.

I risultati degli esami si possono riassumere come segue: la membrana avvolgente le cisti figlie consta di lamelle connettivali, tinte in rosso elettivamente dal van Gieson, spesse, omogenee, disposte in fasci pressochè paralleli.

Il terzo più esterno di esse lamelle mostra, disposti sulla direzione della loro lunghezza, piccoli nuclei allungati, a guisa di rivestimento continuo intorno a fessure o piccole cavità, che perciò si direbbero corrispondenti a vasi o spazi linfatici. Assai scarsi e piccoli sono i vasi sanguigni; tra i quali alcune arteriole a giudicare dalla parete spessa e ricca di tessuto elastico.

Il connettivo fibrillare, che per alcuni tratti è addossato all'esterno della membrana, mostrasi in alcuni preparati infiltrato da abbondanti globuli rossi.

Non vi è segno alcuno di processo flogistico: non leucociti e assenza completa di elementi con protoplasma, che mostri speciale elettività verso l'eosina.

Nei due terzi più profondi della membrana, le lamelle connettivali mostrano struttura omogenea e completa assenza di nuclei. Il limite interno della membrana è segnato da una stria più intensamente colorata. In nessun tratto esi-

ste il benchè minimo accenno al tessuto cartilagineo.

L'orceina ha tinto elettivamente in nero scarsi filamenti di vario spessore, spezzettati, non disposti come l'elastico normale, a decorso sinuoso ed ondulato, sicchè sembra logico pensare si tratti di fenomeni regressivi di fibre elastiche, probabilmente determinati dalla progressiva distensione. Scarsa la presenza di esse fibre nerastre, e con sede di elezione nello spessore della membrana specie nella sua zona mediana.

I lembi di parete delle cisti figlie assunsero debolmente i colori, risultando costituiti da una stratificazione regolare di sottili lamelle amorfe omogenee, prive di nuclei.

Si tratta adunque di una cisti da echinococco endogeno, sviluppatasi nello spazio vescico-rettale di un ragazzo di quindici anni ed in cui, come in quasi tutti i casi osservati, la diagnosi non fu che sospettata.

Ebbimo l'impressione che si trattasse di una cisti, e soltanto sospettammo l'echinococco; mancava infatti il dato che avrebbe potuto metterci sulla giusta via; la ricerca delle reazioni umorali della malattia parassitaria.

Il lieve aumento riscontrato nei leucociti eosinofili non era tale da potersi prendere in seria considerazione per una lesione di natura parassitaria.

Un altro dato sarebbe stata l'età del paziente: sembra infatti che queste cisti retrovescicali si osservino sopra tutto in soggetti giovani. Nel nostro caso in assenza dei dati sierologici, la diagnosi non poteva che sospettarsi.

*
* *

Per quanto riguarda la *Patogenesi* discutesi ancora oggidì se trattasi di cisti secondarie o primitive: due gruppi che in realtà sono molto difficili a distinguersi clinicamente. Le cisti secondarie, supposte già da Hunter e Beaully sono state dimostrate dal Dévé: si tratta di ammalati affetti ordinariamente da cisti da echinococco del fegato o altri organi addominali, la cui rottura dà luogo a cisti figlie nelle parti più declivi del peritoneo.

Le cisti primarie, ritenute abbastanza frequenti, o addirittura negate, da altri (Dévé) ristrette ad un numero minimo di casi, sarebbero dovute dall'embrione ex-acanto.

Detti autori discutono la via seguita dall'embrione per arrivare negli organi pelvici o nel tessuo cellulare sotto-peritoneale: via linfatica, sanguigna, vaginale, migrazione diretta attraverso la parete rettale.

La storia dèl nostro paziente, la esistenza di una cisti unica, l'assenza di altri tumori addominali (dato confermato anche radiologicamente) e dall'esplorazione totale dell'addome durante l'operazione, la sua guarigione che si mantiene da circa un anno ci autorizzano a dire, clinicamente almeno, che qui si tratta di una cisti unica primitiva a sede retrovescicale.

Poco verosimile per noi, sarebbe parlare di cisti secondaria.

Un altro punto molto discusso è ancora il punto di partenza esatto di questi cisti. Secondo alcuni autori (Leyrand), le cisti si sviluppano nella parete stessa della vescica, nel nostro caso non è ammissibile una simile localizzazione, essendo la cisti soltanto addossata alla vescica, da cui si è potuto scollare, come dicemmo, con la più grande facilità.

Del resto tale opinione è condivisa da pochi autori.

Altri autori ritengono che la cisti si sviluppi nella prostata come ne fanno fede i casi di Millet, Lodwel, Butruille, Tillaux, Asopos; oppure nel tessuto cellulare basso sottoperitoneale, come sostengono Charcot, Walter, Tuffier, ecc.

Nel caso nostro, per le ragioni già dette, la cisti si sarebbe sviluppata nel tessuto sottoperitoneale.

*
* *

Poche considerazioni riguardo alla cura.

Nelle cisti asettiche o non complicate sono state adottate vie diverse; l'addomino-peritoneale, la bassa extraperitoneale, la vaginale o la perineale.

Se pure ancora oggidì qualche autore (Chueco, Æsopos, ecc.) insiste sui vantaggi della via extraperitoneale è, secondo il nostro avviso, sempre alla laparotomia che si dovrà ricorrere, per aggredire la cisti, perchè essa sola permette la esplorazione compieta del bacino, conferma o meno la nostra diagnosi, facilita l'accesso del tumore, qualunque sia il suo volume, rendendone possibile l'eventuale totale estirpazione.

Giunti sulla cisti si può procedere alla marsupializzazione con drenaggio, alla riduzione senza drenaggio, dopo il formolage in situ proposto dal Dévé, alla estirpazione.

La tendenza odierna è per la riduzione della sacca senza drenaggio dopo avere praticato il formolage.

Nelle cisti complicate invece la regola è il drenaggio ed è precisamente in questi casi che le differenti vie extraperitoneali, troveranno la loro naturale indicazione. Così nella donna si praticherà la colpotomia, nell'uomo l'incisione prerettale o la cocci-perineale ((Fiolle).

In cisti suppurate ed aperte in vescica, potrà essere utile intervenire per via transvescicale, come è stato fatto, ma per poco che la sacca sia

voluminosa sarà bene associare la controapertura perineale.

I fatti che emergono dal nostro caso, a parte la sua rarità, considerato nella nostra regione, sono sopratutto di interesse anatomo patologico ed operatorio.

Anatomo-patologicamente non ci ripeteremo. Per la parte operatoria ancora diciamo che le singolari àderenze della cisti a carico del mesoretto ci devono convincere che la via addomino-peritoneale sia, nelle forme non complicate, la migliore, essa consentendo di giudicare, almeno con probabilità della natura primitiva o secondaria della lesione pelvica, di esplorare comodamente la cisti operanda e quelle altre che eventualmente si potessero riscontrare ed infine di fare una operazione regolare asettica, ed in alucuni casi, ad emostasi e peritoneizzazione completa, di chiudere completamente l'addome.

BIBLIOGRAFIA.

ALFIERI. Soc. Med. Chir. di Pavia. Seduta 21 maggio 1920.
AESOPOS. La Grèce Médicale, vol. XXIV, anno 1922, pag. 45.
ALBERTI. Tesi. Algeria, 1911.
ASTÈRIADÉS. Bulletin médical, anno XXXVIII, n. 24.
BEUTLEY SQUIER. Annals of Surger., vol. LIX, n. 3, marzo 1914.
BLAND SUTTON. Brit. méd. Journal, 1904, pag. 1430.
BIRD. The medical Journal of Australia, anno IX, num. 11.
BOMANY. Società di Chirurgia di Parigi. Seduta 29 novembre 1912.
BOND. Brit. med. Journal, 1891, 1°, pag. 795.
CAVIGLIA e AHUMADA. La Semaña Medica, 30 novembre 1922, pag. 1153.
CEVARIO L. Policlinico, Sez. Prat., fasc. 22, 1° giugno 1925, pag. 770.
CHUECO. La Semaña Medica, 1922, pag. 1288.
DANIEL J. CRONWELL. Révue de Gyn. et de Chirur. Abdominale, 1907, pag. 559.
DÉVÉ. Révue de Chirur., anno 1924, vol. LXII, pag. 5.
ETCHEPARE. Revista de los Hospitales, vol. VI, numero 10, 1913.
FÜRSTENBERG. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1901, p. 1160.
FIOLLE. Società di chirur. di Parigi, 14 marzo 1923.
GUICHEMURE. Società di chirur. di Parigi, 3 luglio 1912.
GUYOT. XXV Congresso Francese di Chirurgia, pagina 989.
JEUDI. Tesi di Parigi, 1913.
LEMAIRE. Tesi di Parigi, 1910.
RAMIRAULT. Tesi di Montpellier, 1913.
LIEBI. Deut. Zeit. f. Chir., 1908, pag. 16.
MARION. Journal d'urologie, vol. V, 1914.
MASMEJAN. Tesi di Montpellier, 1905.
MAUCLAIRE. Società di chir. di Parigi, 10 luglio 1922.
NASSETTI. *Cisti d'echinococco e loro cura chirurgica per prima intenzione.* Archivio It. di Chirurgia, vol. XII, pag. 124.
NIGRISOLI B. *Nuovo contributo alla chirurgia dell'echinococco.* Bologna, Zanichelli, 1899.
PAGE. Tesi di Parigi, 1913.
POSADES. La Semaña Medica, 1923, pag. 53●.
PUTZU. *Echinococco in Sardegna.* Archivio It. di Chir., vol. XII, pag. 112.
SASCAHNSKY. Annales des maladies des organes génito-urinaires, anno 1901, pag. 190.
SAUBEYRAN. Società di chirurgia di Parigi, 25 giugno 1913.
VEAU. Società di chir. di Parigi, 25 giugno 1913.

Torsione della cistifellea - Idrope acuto.

Prof. SERTORIO MARINACCI, chirurgo aiuto negli Ospedali di Roma, libero docente.

La motilità notevole della cistifellea deve esser messa in rapporto a varie condizioni: presenza di un meso-cisti, presenza di quella anomala disposizione peritoneale descritta da Sencert come legamento cistico-duodeno-colico, variazioni dello sviluppo dell'ampolla biliare e del cistico. A seconda del suo grado di spostabilità la cistifellea può prendere rapporti variabili: passa ora a guisa di ponte al di sopra del colon, ora discende nella fossa iliaca destra, e può disporsi dietro il cieco: la si è vista nel contenuto di un'ernia ombellicale: in casi del tutto eccezionali la cistifellea si è strozzata negli anelli crurali (Lanz-Skey).

Si comprende perciò come in alcuni casi la cistifellea per la sua notevole motilità e per la sua forma paragonabile a quella di un frutto appeso per il suo peduncolo, possa andare incontro a gomitature sul collo, sul cistico, a torsione e gangrena. La gomitatura può dar fatti di occlusione temporanea onde ristagno di bile e irritazione della mucosa con secrezione abbondante di questa: può accadere che per effetto della contrazione del diaframma per peristalsi del colon, segua il raddrizzamento della vescicola, la gomitatura scompaia e la cistifellea si vuoti: oppure può, per il crescente peso della cistifellea aumentare, la gomitatura, e l'occlusione trasformarsi da temporanea in definitiva, e la cistifellea assume allora un volume enorme. Clinicamente la vescicola mobile si presenta sotto due forme, una forma cronica, subacuta, detta pseudo-litisiaca, abitualmente confusa con la litiasi biliare, e una forma acuta da torsione.

La torsione o volvulo della cistifellea è una eventualità rara. I casi sinora osservati sono stati riscontrati in persone di età: il tumore a volte molto voluminoso si presenta di colorito rosso-violaceo, con punti neri di necrosi: il contenuto è formato di bile densa e di coaguli sanguigni: la parete cistica notevolmente diminuita nella sua elasticità, appare edematosa, ispessita, infiltrata di sangue: all'esame istologico si nota una degenerazione degli elementi elastici e muscolari: la torsione avviene sul peduncolo. Si notano un giro, a volta due giri completi.

Circa la patogenesi, alcuni credono di poter spiegare la torsione della cistifellea con la teoria emato-dinamica del Payer: essi pensano cioè, in accordo a tale teoria, che si possa ottenere la torsione degli organi peduncolati per semplice esagerazione della pressione nelle vene del peduncolo: però secondo Payer devono intervenire altre condizioni per favorire la torsione: un organo a peduncolo molto vascolarizzato, una sproporzione fra il volume del tumore e quello del peduncolo: il Payer paragona la torsione della cistifellea, alla torsione del peduncolo splenico, del peduncolo ovarico. Altri autori, Mayer, Fischer, sostengono che la teoria emato-dinamica di Payer non sia applicabile, a un peduncolo vascolare, molto povero in vasi: essi al contrario ritengono che la torsione cistica sia spiegabile con una serie di condizioni che nel loro insieme possono determinare il volvolo: nei pochi casi sinora osservati, si trattava per lo più di donne anziane, con ptosi intestinale, distensione e ptosi accentuata della cistifellea, di guisa che la vescicola biliare non trovava più nell'intestino divenuto ptosico il sostegno necessario: per di più concorre la motilità esagerata della cistifellea provvista di lungo cistico, lungo meso, priva di aderenze: date queste condizioni predisponenti, i cambiamenti di posizione, la peristalsi esagerata possono determinare la torsione: la compressione si fa prima risentire sulle vene onde stasi, ed emorragia nell'interno della vescicola.

Per lo più i malati presentano uno stato grave: sono in collasso; il polso è rapido, filiforme, la lingua secca, la facies peritoneale: si tratta per lo più di donne anziane che da anni si lamentavano di dolori all'ipocondrio o al basso ventre: a questo inizio prolungato e insidioso seguono sintomi gravi che in un caso da me osservato si iniziarono bruscamente, senza sofferenze precedenti: i malati hanno vomito abbondante biliare, a volta fecaloide: arresto del circolo intestinale. Alla palpazione il ventre è molto sensibile, con difesa muscolare a volta esagerata, e ricercando attentamente, per quanto la difesa lo permette, si mette in evidenza una tumefazione reniforme o a guisa di pera per lo più immobile e tesa. La diagnosi è il più delle volte impossibile e per lo più si fa de visu: nei casi sinora osservati si è fatta diagnosi di appendicite, di occlusione, di colelitiasi, di ernia strozzata.

Il trattamento consiste nell'operazione precoce praticando la colecistectomia con drenaggio della regione sottoepatica.

Il volvolo o torsione della cistifellea è un'affezione molto rara. Il Tasso Asteriades che ha di recente studiato l'affezione, ha raccolto i casi esistenti nella letteratura che sono otto. Credo perciò opportuno esporre un caso di torsione cistica che ebbi occasione di osservare e operare nell'Ospedale di S. Giovanni in Roma, nel gennaio 1924. Si trattava di una donna di 56 anni: nulla di notevole nell'anamnesi remota e prossima personale. Per quanto più volte fosse interrogata asseriva di non aver mai avuto in precedenza dolenzìa anche vaga all'ipocondrio destro o al basso ventre, e in genere sofferenze addominali precedenti. L'inferma circa venti ore prima di esser trasportata all'Ospedale, era stata presa all'improvviso da dolori intensi alla fossa iliaca destra con vomito ripetuto, bilioso, arresto del circolo intestinale, non elevazione di temperatura.

All'esame obiettivo l'inferma presentava la facies peritoneale, il polso sui 100, non elevazione di temperatura. Nulla al torace, nulla a carico dell'apparato cardio-vascolare. L'addome appariva dolentissimo specialmente nella metà destra e più nel quadrante inferiore che nel superiore: i muscoli presentavano una spiccata contrazione di difesa anch'essa più intensa nel quadrante inferiore destro, che naturalmente rendeva malagevole l'esame: ricercando attentamente ed eseguendo una palpazione leggera si riusciva a mettere in evidenza nel quadrante inferiore destro una tumefazione emisferica che in parte era all'esterno del retto, in parte era ricoverta dal retto che ne impediva l'esplorazione; il suo limite inferiore era quasi a contatto coll'arcata crurale; la superficie liscia, la consistenza molto tesa; appariva lievemente spostabile con i movimenti respiratori, la risonanza era ottusa in corrispondenza della tumefazione: con la percussione superficiale non si riusciva a mettere in evidenza liquido libero nell'addome: l'esame ginecologico, data la difesa addominale, non ci dava alcun criterio diagnostico importante.

Quale la diagnosi dell'affezione? I criteri desunti dall'esame obiettivo fecero senz'altro escludere si trattasse nel nostro caso di appendicite, sebbene l'insorgere brusco e la localizzazione dei sintomi potessero a un esame superficiale orientare verso tale affezione.

L'esame della malata ci faceva ammettere in linea generale, come diagnosi fisica, la presenza di una raccolta entro una parete ben delimitata, e tesa: si pensò perciò dapprima, basandoci sopratutto sulla forma e sui lievissimi movimenti sincroni al respiro, a un'affezione della cistifellea, e questa diagnosi che era esatta, fu abbandonata, per la sede che la tumefazione essa occupava: sembrava infatti strano ammettere una simile dislocazione della cistifellea, sebbene in rari casi sia stata trovata strozzata negli anelli crurali: ma oltre che tale criterio ci fece escludere l'idea di un'affezione cistica, l'anamnesi completamente negativa che l'inferma presentava: mai alcuna sofferenza o dolenzìa addominale.

Si pensò perciò come ipotesi che più appari-

vano probabili, si trattasse o di una cisti ovarica ritorta sul peduncolo, diagnosi che si adattava all'insorgere brusco, alla forma, alla sede della tumefazione, all'assenza di temperatura, o di uno strozzamento intestinale nelle fossette pericecali, diagnosi questa meno probabile perchè se spiegava il vomito l'arresto del circolo, intestinale, non spiegava l'ottusità che si aveva in corrispondenza della tumefazione, non spiegava la mancanza della peristalsi esagerata, l'assenza di liquido libero nel peritoneo (Gangolfe).

Sebbene la diagnosi fosse incerta, la gravita dello stato generale, e i dati desunti dall'esame obiettivo locale imponevano un intervento immediato. Con etero-narcosi eseguii dapprima un'incisione transrettale d. esplorativa che prolungai poi sino all'arcata costale: si trattava di un'enorme cistifellea idropica quasi completamente libera dal letto epatico, al quale aderiva solo per breve estensione; il cistico, lungo, presentava una gomitatura ed era ritorto su se stesso: il fondo della cistifellea era nero, necrotico prossimo a perforarsi, la parete di colorito nerastro molto tesa: previa legatura del peduncolo cistico eseguii la colecistectomia retrograda: lasciai un tampone in sito: suturai di forma il resto della ferita operatoria: la cistifellea era ripiena di bile densa: il cistico era pervio. Il decorso post-operatorio fu normale; l'inferma fu dimessa guarita dall'Ospedale.

Il decorso acuto, la sintomatologia non propria di alcuna affezione addominale ben osservabili nel nostro caso, richiamano completamente il decorso degli altri casi esistenti nella letteratura: anche nel nostro caso si dovette fare una diagnosi di probabilità che non corrispondeva alla reale. Ad eccezione degli altri casi esistenti nella letteratura, nel nostro caso, l'anamnesi era invece completamente muta.

BIBLIOGRAFIA.

TASSO ASTÉRIADÉS. *La cholécystocèle.* Revue de Chirurgie. IV. 1924.
ID. Bulletin médical de Paris, 1922.
ID. Progrès médical d'Athènes, 1921.
CHAUFFARD. *Leçons sur la léthiasi biliare*, Paris 1914.
COURVOISIER. *Beiträge zur Pathologie und Chir. der Gallenblase*, 1890.
GLÉNARD. *Le ptoses viscérales*, 1901.
JABULAY. *Chirurgie des voies biliares.* Lyon. méd., 1894.
TERNER et AUVRAY. *Chirurgie de foie et des voies biliares.*
KEHZ. *Gallenwege Chirurgie.*
CARDARELLI. *Lezioni cliniche.*
LERICHE R. e COTTE C. *De la cholécistectomie à chaud dans les cholécystites aignës calculenses.* Revue de chirurgie, 1912, n. 2.
PAPIN F. *L'intervention à ehaud dans les cholécystites aigües calculenses.* Revue de chirurgie, 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Un nuovo sintoma per la diagnosi interaccessionale dell'epilessia.

(LASZLO FOCHER. *Journal Nervous and Mental Disease*, ottobre 1925).

La diagnosi di epilessia nella grande maggioranza dei casi è possibile solo con la osservazione della classica convulsione. Nei periodi interaccessionali il soggetto non presenta alcun sintoma patognomonico dell'affezione, salvo, bene inteso, i casi nei quali esistono fatti psicotici o un marcato carattere epilettico. Il più delle volte la diagnosi si basa sui dati anamnestici forniti dal paziente, ma questi dati soccorrono fino ad un certo punto quando sorga il sospetto d'isterismo, e non hanno alcun valore quando si tratta di stabilire una diagnosi medico-legale.

I metodi che facilitano l'accertamento dell'epilessia possono essere classificati in tre gruppi: 1) Segni che si verificano immediatamente dopo l'accesso; 2) Metodi intesi a provocare artificialmente accessi nel periodo interparossistico; 3) Metodi diagnostici diretti, indipendenti dalle crisi convulsive.

1) Immediatamente o poco dopo la crisi convulsiva è stato notato che i pazienti presentano il segno di Babinski, modificazioni dell'urina, leucocitosi. Jellinek ritiene che al riguardo il segno di Babinski ha grande importanza: appare immediatamente dopo l'accesso, di rado uno o due minuti dopo, e dura da tre a cinque minuti, eccezionalmente fino a tre quarti d'ora. Il fenomeno è stato osservato successivamente da molti clinici. Redlich, Quensel, Serog, Schultze lo trovarono nel 50 % dei casi. Contemporaneamente è presente il segno di Oppenheim. Schultze dubita che l'albuminuria transitoria postaccessionale possa costituire un sicuro elemento diagnostico. Quensel pensa che la leucocitosi che dura parecchie ore dopo la convulsione, sia caratteristica dell'epilessia. De Gaspero ha notato aumento dei leucociti nel periodo interparossistico, ma immediatamente prima dell'accesso si ha riduzione del numero dei leucociti accompagnata da eosinofilia. Ad ogni modo durante il parossismo e immediatamente dopo si ha iperleucocitosi, ipereosinofilia e relativa linfopenia. Bossard e Weissenfeld trovarono aumento postconvulsivo dei corpuscoli rossi.

2) Alcuni autori cercarono con iniezioni di varie sostanze e con altri metodi fisici e psichici di provocare artificialmente l'accesso. La cocaina, l'adrenalina, il cloruro di sodio, l'alcool sono

capaci di provocare accessi negli epilettici. Wagner-Jauregg, Jellinek, Lévy e Pache, Buschan, Sauerbruch con iniezioni sottocutanee di 3-5 cgr. di cocaina provocarono tipici accessi convulsivi in epilettici con una percentuale variabile dal 2 al 50 %. Negli altri casi si ebbero sintomi diversi di malessere o equivalenti. Benedek con le iniezioni di adrenalina ottenne qualche volta l'accesso, e sempre turbamenti più o meno gravi. Munier riusciva a provocare gli accessi in un epilettico a mezzo della pressione dei globi oculari. Il metodo della somministrazione di notevoli quantità di cloruro di sodio è ancora meno sicuro ed è più lungo. L'alcool è un veleno epilettogeno potente e potrebbe essere usato a scopo diagnostico. Ma tutti questi metodi oltre l'incertezza presentano l'inconveniente dei pericoli che possono provocare. Altri mezzi per provocare gli accessi sono l'iperpnea e la compressione delle carotidi. Förster riescì a provocare caratteristiche **convulsioni nel** 55 % degli epilettici mediante l'acceleramento della respirazione per 10 minuti. Lo stesso autore trovò che negli epilettici l'eccitabilità galvanica dei nervi è notevolmente più accentuata che negli individui normali o isterici. Tsinimakis ed Oeconomakis riuscirono a provocare accessi convulsivi mediante la compressione della carotide prolungata fino a determinare perdita della coscienza: metodo questo ancora meno raccomandabile per i suoi pericoli. Neutra consiglia di adoperare la suggestione per provocare gli accessi, che si avrebbero così solo negli isterici e non negli epilettici.

2) L'accertamento della diagnosi mediante la ricerca di note somatiche permanenti, finora è tutt'altro che sicuro. Benedict trovò che negli epilettici manca l'asimmetria cranica con prevalenza a destra che è quasi costante nei normali: ma ciò non fu trovato esatto. Schüler trovò modificazioni e lesioni traumatiche delle ossa craniche mediante sistematici esami radiologici. De Gaspero, come si è già ricordato, trovò leucocitosi anche nei periodi interparossistici. Redlich richiamò l'attenzione sull'asimmetria della reflettività.

Purtroppo tutti i metodi su elencati non sono sicuramente probatori per la diagnosi di epilessia, e parecchi di essi presentano pericoli che li rendono non consigliabili.

L'A. in base alle osservazioni iniziate durante la guerra in ospedali militari austro-ungarici e poi proseguite a Budapest in nosocomi civili e nella pratica privata, ha trovato un altro metodo che sarebbe per la sua costanza più sicuro ed affatto innocuo. Egli ha riscontrato che la sensibilità tattile di Weber, che negli individui normali è perfettamente eguale ai due lati, è asimmetrica negli epilettici.

Saggiò tale sensibilità con l'estesiometro di Spearmann. Il soggetto era tenuto ad occhi bendati. Applicò le due punte dello strumento sul polpastrello dell'indice prima alla mano destra e poi immediatamente alla mano sinistra. La distanza delle due punte fu variata a ciascun contatto, che durava un secondo o un secondo e mezzo, secondo il seguente ordine: mm. 1. 4. 3. 2. 3. 1. 4. 2. 2. 1. 1. 3. 4. 2. 3. 4.

Negli individui normali la sensibilità fu trovata eguale ai due lati con qualche disuguaglianza in rapporto all'età ed al sesso dell'esaminato. Negli individui invece con affezioni organiche del sistema nervoso o epilettici, fu trovata una spiccata asimmetria. Il sintoma è presente nel 31.5 % dei casi di epilessia idiopatica. La sua mancanza non può fare escludere la epilessia, ma la sua presenza, quando, bene inteso, si possono escludere affezioni nervose organiche, ha un'importanza diagnostica decisiva.

L'asimmetria della sensibilità tattile di Weber può costituire: 1) il solo sintoma di un'epilessia corticale da lesione a focolaio; 2) l'espressione dello sviluppo asimmetrico del cervello che può essere la condizione costituzionale dell'epilessia idiopatica; 3) o invece il sintoma di lesione secondaria della corteccia, determinata dalle alterazioni fisiologiche associate nell'epilessia idiopatica con gli accessi convulsivi e che diventano definitive con la ripetizione degli accessi.

La circostanza che il sintoma è presente fin dall'inizio della malattia, dovrebbe fare escludere che esso sia in rapporto con lesioni che siano l'effetto e non la causa dell'affezione. D'altra parte va rilevato che l'asimmetria sensitiva può essere in rapporto alla disimmetria morfologiche e funzionali che sono state riscontrate frequenti negli epilettici. Uyemtsu trovò deficienza di sviluppo dell'apparato olfattorio centrale a destra; Stern-Piper trovò asimmetrie dei riflessi addominali; Knapp notò che la intensità degli accessi è varia ai due lati. Il mancinismo è frequentissimo negli epilettici o negli individui appartenenti a famiglie di epilettici. Redlich trovò nel 45 % di epilettici disuguaglianze della sensibilità tattile generale, e osservò anche casi nei quali v'era segno di Babinski unilaterale. Tutte queste considerazioni tenderebbero a convalidare la ipotesi che l'epilessia idiopatica sia in rapporto ad un'alterazione cerebrale costituzionale ereditaria o acquisita in seguito a processi encefalitici o a lesioni traumatiche.

Tuttavia l'A. fa notare che se la disimmetria della sensibilità di Weber è anche presente fin

dai primi tempi dell'affezione, i casi positivi sono più frequenti nelle forme inveterate. Egli trovò che il segno è presente nel:

25 % di epilettici convulsionari da 1 anno;
33.3 % di epilettici convulsionari da 5 anni;
66.6 % di epilettici convulsionari da oltre 5 anni.

Ciò convaliderebbe la ipotesi che le convulsioni possono per se stesse provocare alterazioni cerebrali che vanno progressivamente accentuandosi in conseguenza del ripetersi degli accessi.

DR.

CHIRURGIA.

La necrosi traumatica del grasso della mammella e la sua diagnosi differenziale dal carcinoma.

(E. DIAZ y GOMEZ. *La medicina Ibera*, 7 novembre 1925).

I primi studi sulla necrosi traumatica come entità clinica datano dal 1920 benchè anche precedentemente Lanz-Berner-Küttner avessero osservato casi analoghi di inferme che dopo un trauma presentarono una tumefazione clinicamente del tutto simile a un epitelioma. Secondo Lee e Adair che descrissero per primi la malattia — si possono distinguere casi localizzati nella ghiandola stessa — e casi localizzati nel tessuto cellulare che la ricopre. Secondo questi AA. si ha un rapporto coi casi di carcinoma come di 2.5 a 100. Si osserva in generale fra 50 e 60 anni, perchè è in questa età che le mammelle sono più voluminose e pendule. Nell'anamnesi c'è quasi sempre un trauma di una certa entità esattamente dove poi si sviluppò la tumefazione, in 3 casi invece aveva preceduto una ipodermoclisi sotto la mammella. In una loro osservazione Cohen e Farr attribuirono la insorgenza della malattia all'applicazione di una borsa di ghiaccio sulla mammella. La lesione si presenta come una massa dura, indolente, molto spesso (nel 70 % dei casi) aderente alla pelle, talora con tratti fibrosi tanto da far apparire la pelle coll'aspetto di « scorza d'arancio ». La retrazione del capezzolo fu osservata solo nel 20 % dei casi. Non raramente aderisce ai piani profondi. Raramente invece si ha risentimento delle linfoghiandole ascellari e nei casi positivi, esse sono sempre ben diverse dalle ghiandole cancerose.

In generale la tumefazione comincia ad apparire subito dopo il trauma; può anche però decorrere un intervallo di mesi. Un altro dato di fatto che contribuisce a far confondere col cancro questa necrosi traumatica è il rapido aumento di volume, a causa della proliferazione del tessuto connettivo, associato con il processo infiammatorio cronico.

Si può affermare che la tumefazione della necrosi traumatica è generalmente meglio circoscritta e più delimitata e si mobilizza meglio dal resto della ghiandola, che non nel cancro.

L'A. pensa che se è giusto fare di questa lesione una entità clinica, non lo è, o è molto discutibile farne una entità anatomo-patologica. Poichè non si tratta che della localizzazione nel grasso intra- e peri-mammario di un processo patologico proprio del tessuto adiposo in generale. Processo che è stato anche riprodotto sperimentalmente nei cani e nei gatti e che l'A. assomiglia in qualche modo alle lesioni omentali e mesenteriche della steatonecrosi pancreatica, colla differenza che in queste si ha una infiltrazione di polinucleari e di cellule giganti, mentre nelle necrosi traumatiche l'infiltrazione è formata esclusivamente di mononucleari.

L'A. mette in rapporto i processi che si svolgono nella necrosi traumatica con quelli descritti da Verebély nel tessuto adiposo, durante la guarigione di una ferita. Le cellule adipose si trasformerebbero in plasmacellule, per uno stimolo irritativo.

Per spiegare la ragione per la quale queste lesioni non si sviluppino in altre regioni sotto l'azione di traumi violenti e magari ripetuti l'A. crede che sia necessario che il trauma agisca su uno strato di tessuto grassoso molto spesso. Del resto non si è riusciti a trovare altre spiegazioni del fatto se non che essendo la mammella schiacciata dal trauma contro un piano resistente quale la parete toracica, la disintegrazione di tessuto è molto più abbondante che non p. es. sull'addome dove la muscolatura cedendo sotto il colpo lo attutisce. La cura deve limitarsi all'asportazione del nodulo. In ultimo l'A. ricorda come l'affezione sia stata anche chiamata « granuloma lipofagico » per la presenza in essa di numerosi macrofagi carichi di goccciole di grasso. Denominazione che egli non ritiene esatta poichè in realtà non si tratta affatto di un granuloma.

MANFREDO ASCOLI.

Necrosi traumatica del grasso della mammella femminile.

(LEE e ADAIR. *Ann. of Surgery*, 1924, pag. 670).

L'A. aveva già descritto la necrosi traumatica del grasso della mammella allo scopo di distinguerne l'entità clinica e in quest'articolo riporta 20 casi che egli ha potuto riunire. Dal punto di vista anatomo-patologico la malattia consiste in una degenerazione delle cellule del grasso unita a fatti reattivi con formazione di nuovo tessuto e produzione di cellule giganti da corpi estranei.

Gli AA. dividono la necrosi grassa traumatica della mammella in due gruppi: 1) quello in cui la

tumefazione si forma nella mammella stessa; 2) quello in cui la tumefazione è a carico del tessuto sottocutaneo che ricopre la mammella. Gli AA. ne hanno riuniti 15 casi del primo e 5 del secondo gruppo. Essi non approvano il termine proposto da autori francesi per questa sindrome di « granuloma lipofagico traumatico » perchè la parola granuloma ha in se un'idea di infezione che non entra nella produzione della tumefazione.

L'importanza maggiore di questa entità morbosa è sotto il punto di vista clinico per la grande somiglianza col carcinoma per cui è molto facile il confonderla con esso. In ambo i casi sia alla sezione macroscopica che a quella microscopica è presente un tessuto duro e biancastro.

Inoltre si hanno gli stessi fenomeni di raggrinzamento della cute a « scorza d'arancio » aderente alla tumefazione, di retrazione del capezzolo mentre la massa sottostante dura, aderente talvolta ai piani profondi mentisce in modo sorprendente l'epitelioma mammario. Però non sono mai state trovate ghiandole ascellari dure e deformate.

Dal punto di vista microscopico si trova un aumento delle cellule fisse dei tessuti e dei linfociti; gli spazi del tessuto cellulare sono riempiti di grasso e di cellule giganti grandi e piccole. Questa malattia colpisce sopratutto nell'età adulta (30-60 anni) e persone a pannicolo adiposo molto sviluppato. L'influenza del trauma è indiscutibile: nel 70 per cento dei casi era riportato nelle notizie anamnestiche. In 3 casi vi era stata una ipodermoclisi nella regione colpita. Solo in 4 casi non vi erano notizie di un trauma precedente. La affezione si svolge senza causare dolore di sorta.

V. GHIRON.

MEDICINA.

L'etiologia e la terapia specifica della scarlattina.

(U. FRIDEMANN e H. DEICHER. *Deut. Med. Woch.*, n. 46-47, 1925).

Il medico è divenuto scettico nei riguardi dell'etiologia e della terapia della scarlattina, per i molteplici disinganni che han fatto seguito alle speranze di tanto in tanto suscitate da una infinità di studiosi.

Per parlare solo dei più conosciuti, si rammenterà Löffler (1895) il quale rilevò la presenza costante di streptococchi nelle fauci degli scarlattinosi, e Baginski e Sommerfeld che apportarono ulteriori conferme e sviluppo alle sue ricerche, ritrovando lo streptococco negli organi e nel sangue cardiaco dei soggetti morti per scarlattina.

Un'altra schiera, capitanata da Heubner, attribuì invece a tali germi un valore del tutto accessorio, mentre altri, tra i quali Moser e V. Pirquet (1903) parlarono di uno stipite di streptococchi speciale. Ma in seguito ai lavori di Jochmann anche tali ipotesi si dimostrarono errate, e si accreditò il concetto di un virus filtrabile sconosciuto, mentre d'altro canto Pospischill credette di poter sostenere un'origine spirochetica della malattia.

Recentemente in Italia Di Cristina, Caronia e Sindoni descrissero un nuovo germe coltivabile in terreni speciali, asserendo di aver riprodotto coi filtrati delle colture l'esantema scarlattinoso. Ma le esperienze di controllo eseguite sotto la direzione di Fridemann non riuscirono a confermare tali fatti, e questi si crede autorizzato a ritenere che probabilmente si tratta di precipitati dei mezzi colturali, e che l'esantema riprodotto sperimentalmente nell'uomo non è che la espressione di una reazione anafilattica all'inoculazione di corpi proteici estranei.

Altra importanza hanno invece i resultati delle ricerche condotte da Dochez e dai coniugi Dick, i quali ripresero in esame il valore etiologico degli streptococchi.

I coniugi Dick riuscirono ad ottenere dalle colture degli streptococchi isolati da scarlattinosi una tossina, che riproduce nell'uomo l'esantema caratteristico.

Perchè sia dimostrata l'identità di tali due esantemi, bisogna però avere la prova dell'immunità crociata, attiva e passiva.

Per questo gli AA. si proposero i seguenti quesiti:

1) se l'esantema prodotto sperimentalmente con la tossina streptococcica vien fatto scomparire dal siero di soggetti che superarono la scarlattina;

2) se l'esantema scarlattinoso naturale può esser fatto scomparire da un siero antitossico preparato artificialmente con le tossine streptococciche;

3) se i soggetti che superarono la scarlattina sono immuni verso le tossine streptococciche;

4) se i soggetti immunizzati attivamente con queste tossine hanno perduto la loro recettività per la scarlattina.

Intanto, per quel che riguarda la specificità del germe in questione, è accertato, secondo le recenti esperienze di molti autori inglesi, che nel 90 % dei casi lo streptococco emolitico isolato dalle tonsille degli scarlattinosi è rappresentato da un tipo unico. E ciò soddisfa al primo dei postulati di Koch.

Per quel che riguarda il secondo postulato, cioè la riproduzione sperimentale della malattia, è riuscito ai coniugi Dick di provocarla in alcuni studenti che volontariamente si erano lasciati

spennellare sulle tonsille delle colture viventi di 24 ore.

Ma oltre a ciò fu dai coniugi Dick dimostrato che l'iniezione intracutanea di acqua di condensazione filtrata da colture su agar sangue di streptococchi scarlattinosi, in diluizione di 1:1000, provoca un arrossamento e una tumefazione analoga a quella della prova di Schick nella difterite, mentre l'iniezione intramuscolare di 0,1 cmc. di tossina non diluita dà febbre e un esantema scarlattinoso generalizzato.

Resta così provato che tutti i sintomi della scarlattina sperimentale, e sopratutto l'esantema, possono essere riportati all'azione dello streptococco in questione.

Più difficile riuscì agli AA. isolare la tossina col procedimento di Dick, ma anche tale difficoltà fu superata, usando un terreno nutritivo speciale indicato da Alderhoff. Si ottenne in tal modo una soluzione di tossina che, iniettata nel derma, dette luogo alla reazione caratteristica.

La specificità di tale tossina fu dimostrata mescolandola con un siero di cavallo immunizzato con streptococchi scarlattinosi. In simili condizioni si ebbe costantemente una Dick-reazione negativa.

Per togliere poi il dubbio che la reazione potesse essere dovuta alle proteine batteriche e alle particelle di terreni nutritivi, si eseguirono inoculazioni intradermiche con tossine ricavate da colture di streptococchi non scarlattinosi, escludendo con appositi controlli qualsiasi inquinamento da batterioproteine e da terreno di coltura. Così facendo la reazione riuscì positiva solo in diluizione di tossina al disotto dell'1:100, mentre, come si è detto, la Dick-reazione avviene con diluizioni fino all'1:1000. Mescolando poi il siero di scarlattinosi convalescenti con soluzioni di tossina, la reazione fu costantemente negativa, e ciò dimostra che nell'organismo degli scarlattinosi si formano gli anticorpi specifici.

Usando infine un siero ottenuto immunizzando con lo streptococco scarlattinoso, si riuscì a dimostrare il fenomeno dell'estinzione dell'esantema, alla stessa guisa di quanto ottennero Schultz-Charlton.

Da tutto quello che precede si può dedurre che la prova dell'immunità crociata è pienamente riuscita.

Si è poi potuto anche osservare la scomparsa dell'esantema locale della reazione di Dick per mezzo dell'antitossina del siero di convalescente, e viceversa la scomparsa dell'esantema scarlattinoso per opera dell'antitossina streptococcica.

In maniera analoga si comportarono i soggetti immunizzati attivamente; vale a dire, mentre gli scarlattinosi mostrarono senza eccezione la reazione positiva, i convalescenti l'ebbero sempre negativa. Secondo le esperienze di Dick e Zingher dovrebbe accadere anche l'opposto: si potrebbero cioè immunizzare i soggetti verso la scarlattina, con iniezioni intradermiche di tossine.

Ma la scoperta della causa etiologica della scarlattina dà modo di spiegare anche altri fatti.

Il fenomeno dell'estinzione di Schultz-Charlton può essere interpretato come l'esponente della presenza di antitossine nel siero. Il fatto che solo il 60 % circa dei sieri di persone normali ha la proprietà di provocare il fenomeno è d'accordo con l'eguale percentuale di Dick-reazioni negative nei soggetti fornitori di tale siero.

La cosidetta resistenza naturale verso l'infezione scarlattinosa potrà egualmente essere considerata come un'immunità acquisita nel corso degli anni, in seguito a ripetute minime infezioni col virus scarlattinoso.

La questione della scarlattina senza esantema può poi essere risolta secondo le osservazioni fatte durante i periodi di epidemia, pensando che in tali casi si tratta di soggetti immuni verso la tossina streptococcica, ma che non possono evitare un'infezione streptococcica localizzata sulle tonsille.

Le applicazioni pratiche di tutte queste nuove acquisizioni sono molteplici. È intanto possibile, con una minima percentuale di errori, stabilire durante un'epidemia, per mezzo della Dick-reazione, quali sono i soggetti immuni e quali quelli suscettibili di infezione.

Vi è poi tutta la questione importantissima riguardante la terapia.

L'impiego dei sieri antiscarlattinosi risale a molti anni or sono, e sono conosciuti i tentativi di Marmorek, Aronson, e sopratutto di Moser. Quest'ultimo ottenne anzi dei resultati di notevole importanza, i quali però non poterono in seguito essere del tutto confermati, probabilmente per il fatto che erano da lui usati degli stipiti di streptococchi non appropriati.

Fu poi introdotta la terapia con siero di convalescente, ma anche tale mezzo si mostrò non preciso, per la mancanza di metodi clinici per la determinazione del contenuto in antitossina.

Questo, in ogni modo, non è in tali sieri troppo alto, dovendosi usare, come si è detto, concentrazioni al disopra dell'1:100 per ottenere il fenomeno dell'estinzione, mentre coi sieri prodotti da Dick e da Dochez il fenomeno si ha anche a diluizioni di 1:1000.

Gli AA. hanno potuto sperimentare in 14 casi il siero fornito direttamente dal Dochez, iniettandolo in dose di 40-50 cmc. nei muscoli, e ripetendo l'iniezione il giorno dopo nei casi molto

gravi. Naturalmente, trattandosi di un siero puramente antitossico, non deve recar meraviglia se la sua azione viene a mancare nei casi con complicazioni settiche a carico dei vari organi.

Quello che in ogni modo si è potuto constatare si è che, in seguito all'iniezione, il quadro morboso cambia rapidamente: in 12-14 ore l'esantema scomparisce, la temperatura cade, e subentra il benessere generale.

Le complicazioni, a meno che non fossero già presenti all'atto dell'iniezione, sono eliminate.

I diagrammi riportati dagli AA. per illustrare i casi da essi trattati mettono in evidenza tutto ciò, e i resultati sono oltremodo convincenti per il fatto che i malati sottoposti alla sieroterapia soffrirono tutti di forme assai gravi, per le quali era da escludere la possibilità di una remissione spontanea dei sintomi morbosi.

In ogni modo, qualunque possa essere la critica apportata al metodo, la sua efficacia si è dimostrata assolutamente superiore a tutti gli altri sin qui usati, sì da autorizzare a ritenere che i problemi riguardanti la scarlattina sono avviati oggidì alla loro più felice soluzione.

M. FABERI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

LINO MARCHISIO. *La blenorragia e le sue ignorate conseguenze*. Ulrico Hoepli, editore, 1925.

Sarà letto davvero con interesse e con diletto questo nuovo libro del Marchisio sulla blenorragia. Sono pagine di educazione e di profilassi sociale che l'A. si è proposto di raccogliere nel salutare intento di combattere quella perniciosa ignoranza di un così comune nemico « non solo occasionalmente ma preventivamente ».

Dopo le prime pagine di esordio scritte dal prof. Sprecher, vengono esposti i sintomi della blenorragia acuta e cronica nell'uomo e nella donna; le gravi conseguenze che essa può produrre nell'individuo, nella famiglia e nella società; le cure da porre in opera per vincerla, i mezzi per preservarsene.

La forma piana e piacevole di questo manualetto di cui la collana Hoepli viene ad arricchirsi, lo rende facile e gustoso alla lettura. Utilissima ne sarà la divulgazione anche fra i profani agli scopi di una bene intesa coscienza sessuale e di una salutare profilassi.

Auguro alla nuova pubblicazione la fortuna che si merita.

M. AGOSTINI.

Dott. GEORGES HIGOUMENAKIS. *La syphilis héréditaire de seconde génération et son traitement*. A. Maloine et fils, éditeurs. Paris, 1925.

Nonostante così numerosi lavori in proposito anche la sifilide di prima generazione, la sifilide ereditaria vera e propria, è ancora oggi lungi dall'essere conosciuta a fondo. Che dire allora della eredosifilide di seconda generazione, sconosciuta, negata anzi dalla maggior parte dei medici, anche specialisti?

Questo libro è il frutto degli anni trascorsi dall'A. presso il servizio di G. Milian a Parigi, e il Milian stesso a noi lo presenta. Vi sono dapprima raccolte una diecina di osservazioni pubblicate dai varii AA. nella letteratura, quindi tredici personali. Certo molti dei casi pubblicati sotto il titolo di eredosifilide di seconda generazione si prestano a critiche e dubbi molteplici così da essere di rado assolutamente probativi: ciò che manca in particolare il più delle volte sono le prove sicure della *non* esistenza di sifilide acquisita sia da parte del padre che della madre. Ma, a parte ciò, l'esistenza della lue ereditaria di seconda generazione è talvolta incontestabile; l'A. afferma anzi che essa non è tanto rara quanto comunemente si crede, sebbene difficile sia poter raccogliere osservazioni assolutamente probative.

Le manifestazioni sono press'a poco identiche a quelle dell'eredosifilide di prima generazione: possono riscontrarsi sia forme virulente che latenti. La R. W. non dà risultato positivo costante. La cura è la stessa di quella di altre forme di sifilide: sotto tale riguardo l'eredosifilide di seconda generazione non curata può essere grave quanto l'eredosifilide primaria.

Tali le conclusioni tratteggiate dall'A. Chiude il libro una ricca notizia bibliografica.

Con questa nuova pubblicazione dobbiamo riconoscere il merito al dott. Higoumenakis di aver saputo recare un ulteriore pregevole contributo all'importante questione della sifilide ereditaria.

M. AGOSTINI

H. SCHLESINGER. *Syphilis und innere Medizin*. I Teil. J. Springer, 1925.

Nella prefazione al suo volume l'A. nota come di grande interesse siano le affezioni articolari della sifilide tardiva, e come esse siano poco conosciute. Egli ha avuto occasione negli ultimi anni di studiarne 35 casi ed ha creduto di raccogliere quanto è frutto della sua esperienza in questa prima parte del suo volume: prima parte dedicata appunto alle manifestazioni articolari della lues tardiva ed alla loro terapia.

Distingue anzitutto 5 gruppi di affezioni articolari· le artralgie, le forme febbrili acute e subacute, le forme croniche, le forme atipiche, le forme miste, e dopo averne trattati particolarmente i vari caratteri, espone i criteri principali per la loro diagnosi. Un capitolo a sè è dedicato alla spondilite sifilitica.

Da ultimo l'A., dopo avere esposto i dati forniti dall'anatomia patologica, tratta partitamente della cura delle varie forme. FR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Ospedale Maggiore di Bologna.

Seduta del 29 novembre 1925.

Presidenza: dott. A. BUSACCHI.

Intorno alla diagnosi di insufficienza surrenale.

Prof. F. FRANCHINI. — L'O. presenta un infermo e la cartella clinica di un altro, osservato da lui due anni fa fino all'autopsia. Entrati in condizioni quasi identiche. Uno con diagnosi, l'altro con sospetto, anche radiologico, di tumore gastrico: vomito quasi continuo; astenia estrema; ipotensione arteriosa accentuatissima (75-80 mm. di Hg.).

L'O. ha diagnosticato, nel primo, e sospetta, nel secondo malato, l'insufficienza surrenale, per questi tre sintomi; e nel malato che presenta crede di trovar conferma di questo sospetto nel seguente particolare: che cioè dietro l'uso di 3 e poi di 5 milligrammi di adrenalina al millesimo per bocca ogni giorno, il vomito è cessato dopo 2 giorni e la cessazione dura da 15 giorni: si è avuto un rapido e notevole miglioramento del l'astenia ed anche uno (molto lieve, di circa 10 millimetri di Hg.) dell'ipotensione arteriosa. Nel malato che presenta, la diagnosi di tumore gastrico non trova conferma, per l'esame obbiettivo negativo, per i caratteri del vomito e per l'assenza costante di sangue occulto nelle feci e nello stesso contenuto gastrico emesso col vomito. Non ha potuto fare l'indagine radiologica per l'astenia e per il vomito.

Nel primo dei due malati (donna) all'autopsia si trovò tubercolosi delle due surrenali: di cui una pesava 18 grammi e l'altra 34; ed un grosso tubercolo solitario racchiuso nel lobo sinistro del fegato. L'O. fa rilevare nei due malati di cui parla, la mancanza della melanodermia.

Presenta i pezzi anatomici di altri due surrenali osservati qualche anno fa nella propria sala: uno senza, ed uno con melanodermia. Il reperto d'autopsia fu in entrambi, tubercolosi bilaterale delle capsule surrenali.

Infezione malarica quartana.

Dott. ENZO FORTI. — Presenta un caso di infezione malarica quartana pura a diverse generazioni. Era dapprima una quartana tripla. Gli accessi erano nei quattro giorni così distribuiti: uno, che chiamerà il primo, con febbre fra i 40 e i 41; poi il giorno appresso un altro, lieve, con febbre attorno ai 38 (2° accesso); al terzo giorno uno con febbre fra i 39 e i 40 (3° accesso): dopo il quale si tornava, al 4° giorno, al 1° accesso, con febbre fra i 40 e i 41. La grafica prese poi il tipo di quartana doppia per essersi esaurito uno dei tre accessi, quello del 2° giorno. L'accesso del 3° giorno, in seguito, cominciò a ritardare ogni volta di qualche ora fino ad invadere il 4° giorno ed aversi, così, nel quarto giorno, due accessi subentranti. Più tardi il tipo febbrile ridiventò doppio per esser ricomparso un accesso al 3° giorno al posto di quello spostatosi; e ciò, probabilmente, per riviviscenza di una nuova generazione.

Il caso è interessante per la relativa rarità di tale specie di infezione; rarità attribuita da BIGNAMI e BASTIANELLI alla scarsità di gameti in circolo, e per il numero dei cicli di essa che portava ad una varietà di pseudo-quotidiana. Il ciclo sessuato, studiato dal prof. G. FRANCHINI in zanzare che avevano succhiato sangue del malato, giunse solo fino alla formazione di rarissime sporocisti; nessun sporozoita si vide dentro di esse. Ciò può dipendere dalla scarsità di gameti circolanti nella quartana e forse anche da condizioni inerenti ai gameti del malato. A questo proposito va notato che egli era stato già molte volte chininizzato in altri Spedali.

Presenta preparati colorati con forme di schizonti endoglobulari e tipiche forme a margherita.

Occlusione intestinale. Caso clinico.

Prof. CALABRESE. — L'O. presenta un contadino di anni 23, che venne ricoverato d'urgenza il 6 novembre u. s. Era accompagnato da un biglietto del collega curante, nel quale si leggeva: occlusione intestinale; da tre giorni alvo chiuso alle feci ed ai gas, meteorismo, vomito — e da un suo congiunto il quale seppe riferire soltanto, che la malattia, si era iniziata il 17 ottobre improvvisamente, ed aveva sentito dire, con febbre che si era ripetuta nei giorni successivi.

Lo stato del paziente era gravissimo: polso piccolo, molle, con 120 battiti al minuto; sensorio completamente obnubilato; facies Hyppocratica; lingua secca e patinosa; cute di colorito tendente al cianotico: naso ed estremità madide di sudore freddo: a tutto ciò si associava una agitazione senza posa, molto simile a quella che prelude la fine degli intossicati irreparabili.

L'esame obbiettivo dell'addome mise in evidenza: un forte meteorismo nei quadranti superiori; i quadranti inferiori, invece, mentre erano relativamente avvallati, in prossimità delle spine iliache anteriori-superiori, presentavano una tumefazione mediana, sferoidale, prominente, a sede nettamente ipogastrica, sormontata in senso trasversale, con direzione dall'ipocondrio sinistro verso la spina iliaca ant.-sup. destra, da una ansa intestinale molto dilatata, immobile e non eccitabile, ripiena di liquido; non vi erano ottusità mo-

bili. La palpazione anche profonda, non risvegliava dolore in alcun punto dell'addome; la qual cosa persuadeva di più sulla eccezionale gravità del caso, perchè quell'assenza di dolore era sicuramente la espressione o della fine della eccitabilità cerebrale, o quanto meno della completa insufficienza dell'apparato nervoso periferico.

Dice l'O. che se avesse accettato la diagnosi di occlusione intestinale avrebbe dovuto classificare l'infermo tra quelli che arrivano in Ospedale, troppo tardi e già al di fuori di ogni risorsa chirurgica, ed abbandonarlo al suo inevitabile destino: la morte: un vero occluso, nelle condizioni di gravità già descritte, è così fortemente intossicato, ed in ogni suo organo vitale, che anche il ripristino postoperatorio ed immediato del circolo intestinale è quasi sempre incapace di scongiurare la catastrofe.

L'O. afferma quindi, che quell'ansa intestinale dilatata stava a rappresentare una occlusione nel senso generico della parola; una occlusione di origine meccanica verificatasi da tre giorni soltanto mentre la malattia si era iniziata il 17 ottobre e si era accompagnata con febbre; e per conseguenza dovuta ad un altro fattore, cioè alla tumefazione nell'epigastrio, la quale per il suo volume doveva certamente preesistere ai fatti di occlusione stessa.

L'O. passa in rassegna le diverse diagnosi differenziali, dalla urocisti distesa abnormemente, all'ascesso dello spazio di Retzius, alla pericistite suppurata, alla peritonite saccata, all'ascesso da appendicite o da sigmoidite, ecc., e mentre esclude con sicurezza la dilatazione abnorme dell'urocisti (la siringatura lasciò immodificato il tumore) l'ascesso dello spazio di Retzius, e tutte le altre diagnosi accampate, perchè mancanti di argomenti validi per essere sostenute, data la laconicità del biglietto del collega curante, e l'assenza di dati anamnestici al di fuori di quelli riferiti, pone la diagnosi sicura di raccolta purulenta la quale ha determinato per compressione su due punti dell'ansa intestinale rilevata, una occlusione meccanica, bileptica.

Con questa convinzione l'intervento chirurgico s'imponeva e praticato infatti un taglio mediano sotto-ombellicale e raggiunta l'ansa enormemente distesa, fortemente aderente al peritoneo parietale, e scollatala con delicatezza nel punto più prominente della bozza ipogastrica, si diede esito a due litri di liquido purulento dal caratteristico fetore anaerobico. Un drenaggio alla Mickulitz, ed una bottoniera di Murphy praticata nella fossa iliaca destra con altro generoso drenaggio, completarono l'atto operativo, che consente di presentare l'ammalato in via di assoluta guarigione.

L'anamnesi postuma dettata dallo stesso paziente quando fu in condizioni di poter ricordare nettamente l'inizio e lo svolgersi della sua malattia, hanno chiarito la patogenesi: quella raccolta era dovuta, senza dubbio, alla appendice vermiforme ammalatasi il 17 ottobre con un dolore violento dopo ingestione di una notevole quantità di polenta, e situata in sede anomala.

Deformità congenita genito-rettale.

Prof. CARLO GAMBERINI. — La deformità riguarda un caso di sbocco anormale del retto nel fornice utero vaginale posteriore. L'O. mette in rilievo la gravità e rarità di tale ano sopraimenale, alto, in confronto dell'ano sottoimenale o vulvare, che è molto più comune. L'ano vulvare è per lo più continente e soggetto all'azione della volontà, cosicchè può dare disturbi trascurabili, e perciò a volte restò ignorato a lungo perfino dalle pazienti, pur dopo ripetuti parti. L'ano vaginale « vera cloaca vagino-rettale » è una affezione ripugnante, di assoluto ostacolo alla vita genitale delle pazienti. L'indicazione operatoria è data dalle condizioni di sede, di sufficienza o insufficienza, di incontinenza o meno dell'ano anormale.

L'insufficienza dà un'eliminazione di casi, specie di ano vaginale, subito dopo la nascita: giacchè si manifestano fatti di occlusione, come per l'impervietà anale. Donde la necessità di intervento immediato, cogli esiti relativi alle varie condizioni di gravità. Quando l'ano è sufficiente e continente, specie se vulvare, è da vagliare di fronte all'intervento il pericolo di facile incontinenza postoperatoria. Perciò, secondo alcuni autori, non si deve operare l'ano vulvare nell'infanzia, per quanto tale varietà sia di trattamento facile e comune; ma lasciare la decisione alla fanciulla divenuta nubile ed edotta dei possibili inconvenienti dell'operazione. Nell'ano vaginale la indicazione è precisa: l'operazione è richiesta dai parenti nell'infanzia delle malate e reclamato dalle malate stesse nella pubertà; ma il trattamento è molto difficile e di eccezione. Quindi o non viene tentato dai chirurgi o spesso dà insuccessi. Nel caso dell'O. un primo tentativo chirurgico a due mesi dalla nascita non diede vantaggio; ne residuò una vagina beante. All'età di 17 anni la fanciulla fu presa in cura da un abile e audace clinico chirurgo, che però abbandonò l'impresa. La malata si presentò all'O. avendo 26 anni di età, insistendo per l'intervento. L'ano era continente, vaginale, a sede altissima; l'alvo sempre stittico. L'O. prima pensò a un trattamento addomino-perineale come unico modo per riuscire a mobilizzare il retto dall'alto per potere poi abbassare sufficientemente l'ano fino a trapiantarlo nel perineo. Ma all'esame radiologico si trovò megaretto e megasigma. Ciò rivelava la scarsa sufficienza dell'ano, donde un'altra indicazione di operare per prevenire l'aggravarsi del megacolon e insieme sconsigliava l'idea dell'intervento addomino-perineale per la difficoltà di isolare dall'alto tale enorme ampolla rettale. Decise di operare per via vagino-perineale (marzo 1923) e cioè di staccare l'inserzione del retto dalla vagina (senza insistere ad abbassarlo per non ledere l'ampolla e per rispettare gli sfinteri), di prolungare il retto mediante plastica di pareti vaginali, dividendo la vagina a doppia canna da fucile sovrapposte dall'avanti all'indietro.

Perciò scolpì sulla parete vaginale posteriore un rettangolo coi due lati brevi uno sopra l'ano

e l'altro subito dentro e sopra l'ostio vaginale. Tale rettangolo accartocciato e suturato fu ridotto a cilindro in continuazione del retto endoaddominale. Mediante incisione trasversa del perineo al luogo della sede dell'ano normale fu scavato un tragitto dal perineo fino al fondo vaginale e attraverso di esso fu tunnellizzato il cilindro vaginale suddetto che fu fissato alla cute del perineo. I due bordi superiori dei lati lunghi del rettangolo suddescritto scolpito in vagina, furono portati a contatto a reintegrare la parete vaginale posteriore. Fu eseguita dilatazione graduale del tragitto anale e conservata la buona calibrazione con cilindro di gomma permanente parecchi mesi. Ottenuta una normale canalizzazione delle feci con due interventi complementari si è soppressa 4 mesi fa una fistola retto-vaginale residuata al primo intervento e intanto ridotti a forma e proporzioni normali l'ostio vaginale e la forchetta vulvare.

Oggi l'ano è continente e anche sufficiente e l'alvo è regolare, una radiografia di confronto con clisma opaco dimostra una manifesta riduzione del megaretto e megasigma precedentemente accennati.

Contributo alla conoscenza dei processi patologici a costituzione plasmacellulare.

Dott. A. BUSACCHI. — Presenta i preparati di due tumori, uno della congiuntiva, l'altro della vulva, nei quali l'elemento parenchimale è costituito essenzialmente da plasmacellule. Dopo avere stabilito che cosa si debba intendere per plasmacellule passa in rapida rassegna le varie opinioni sull'origine di questo elemento cellulare.

Ricorda i vari casi pubblicati dagli autori a costituzione plasmacellulare, mettendo in rilievo che mentre essi hanno una costituzione istologica identica, presentano disparità cliniche svariatissime. Difatti i processi plasma-cellulari acquistano la distribuzione e il decorso clinico dei mielomi, altre volte dànno luogo a vere leucemie, a pseudoleucemie, a tumori localizzati a carattere benigno o maligno al pari del sarcoma con aggressività locale dando metastasi in altri luoghi.

Dall'esame dei preparati dei suoi due casi appare evidentissimo un intimo rapporto fra le plasmacellule e i vasi. Queste formano dei veri manicotti attorno ai vasi. I quali accrescendosi e venendo a contatto fra di loro costituiscono la compagine tumorale. Per tali caratteri ed anche per la qualità dei vasi l'autore ritiene che i due casi da lui studiati debbano essere ritenuti come processi infiammatori e classificati fra i granulomi. Ad un esame minuto delle cellule che stanno attorno ai piccoli vasi si possono osservare numerosi stadi di passaggio. Da una cellula rotonda od ovale indifferenziata alla cellula plasmatica a nucleo a ruota e a plasma intensamente basofilo, chiaramente messo in evidenza specialmente col verde di metile-pironina. Non si sono osservate ulteriori evoluzioni della cellula plasmatica. Esaminando numerosi preparati si riconoscono facilmente vari processi di degenerazione. In alcune il plasma presenta sfere ialine più o meno diffuse che in seguito abbandonano la cellula che perde la sua vitalità. Altre volte il processo degenerativo colpisce contemporaneamente plasma e nucleo, il quale finisce per formare un corpicciolo isolato amorfo. Qualche altra volta infine il protoplasma forma grosse granulazioni fortemente basofile; il nucleo perde la sua caratteristica e scompare. Infine al luogo della cellula rimangono i granuli più o meno dispersi che perdono anche la proprietà di assumere le sostanze coloranti. L'oratore conclude che nei due casi da lui osservati le cellule plasmatiche hanno un'origine avventiziale e rappresentano una entità istologica a sè.

Sulla appendicite traumatica.

Dott. A. MIANI. — L'O. comunica un caso di peritonite saccata del quadrante inferiore destro dell'addome, insorto conseguentemente ad un trauma inferto nella corrispondente parete addominale, simulante un attacco di appendicite acuta.

Il Segretario: Dott. ALDO CIVIDALI.

Società Medica di Parma.

Seduta del 30 maggio 1925.

L'anergia tubercolinica nella varicella e nelle sue associazioni con altre infezioni acute.

O. COZZOLINO. — L'O. durante piccole epidemie di varicella ha saggiato con la tubercolina individui che già avevano reagito positivamente. Egli ha osservato che la varicella nel periodo eruttivo esplica un'azione riducente, qualche volta inibente sulla reazione tubercolinica. Egli pensa che lo stato della cute abbia grande influenza sulle reazioni tubercoliniche locali giacchè esse vengono tanto più influenzate dagli esantemi acuti quanto più questi sono estesi.

Sul concetto attuale della scrofolosi.

O. COZZOLINO. — Nella diatesi essudativa linfatica è presente spessissimo una intensa reazione tubercolinica locale. Generalmente è anzi una infezione tubercolare che trasforma l'essudativo linfatico in uno scrofoloso. Secondo l'O. si deve parlare di scrofulo-tubercolosi e non di scrofolosi, e la scrofolosi tipica è diffusa nel basso ceto perchè qui più facilmente intervengono infezioni tubercolari.

Le ulceri tropicali dell'Eritrea. Contributo alla loro terapia.

M. GUBITOSI. — L'ulcera tropicale eritrea è un'ulcera fagedenica molto attenuata. Queste ulceri venivano curate con causticazioni, con mezzi chimici, con jodoformio ecc. L'O. adoperò invece una polvere ed una pomata composte di calomelano, china, canfora, dermatolo, oppio e carbone medicinale. Con queste l'O. ottenne: di disinfet-

tare, di calmare, di deodorare l'ulcera. Causticate le ulceri con fenolo puro, le trattava con la polvere o con la pomata di cui sopra. La pomata riuscì molto utile per favorire la cicatrizzazione delle piaghe, la polvere invece per favorire la resistenza e per rendere più solida la cicatrice.

Artrodesi con astragalectomia temporanea per piede equino varo consecutivo a ferite di guerra.

U. STOPPATO. — In un contadino 28enne si era stabilito, per retrazione cicatriziale dei muscoli della sura, una deformità del piede in equinismo e varismo. Operato col metodo della astragalectomia temporanea provocando una triplice artrodesi, il paziente è guarito della sua deformità e può compiere passeggiate lunghe e lavorare.

Questa operazione va fatta dopo i 12 anni di età, quando l'astragalo è ossificato.

Sul comportamento di alcuni germi messi a coltivare in presenza di urea. (Nota di batteriologia).

M. GUBITOSI. — È già noto che il bacillo di Koch si sviluppa scarsamente in presenza di urea. Questa inibisce in modo vario lo sviluppo di altri germi, e si può stabilire una scala della resistenza dei bacilli all'urea. Questo vario modo di comportarsi dei bacilli dipenderebbe dalla loro costituzione: infatti quelli ad endoplasma più denso (stafilococchi), o difesi da membrana lipoidea, o impermeabili (spore), sono i più resistenti all'azione dell'urea, mentre uno dei più sensibili è il b. pestoso, che appunto presenta un endoplasma poco denso e compatto.

Contributo allo studio del cancro cutaneo sperimentale.

C. CORUZZI. — L'O. ha tentato su cinque gruppi di animali di provocare formazioni cancerigne mediante pennellazioni con catrame; egli ha inoltre sottoposto gli animali (topolini e cavie) a trattamenti che favoriscono l'azione cancerogena del catrame, come frizioni di etere, scarificazioni, iniezioni di liquore del Fowler ed iniezioni di catrame. Solo negli animali trattati con scarificazioni e pennellazioni si è avuta la produzione di alterazioni che potevano essere considerate per cancerose, in tutti gli altri animali l'O. ha constatato all'autopsia congestione degli organi interni e pachidermia nei punti soffregati con catrame. L'urina contenuta nella vescica di questi animali era ricca di albumina; non fu mai emorragica.

Seduta del 26 giugno 1925.

Casi di morte consecutivi al pneumotorace artificiale nella cura della tubercolosi polmonare.

G. LORENZANI. — L'O. fa notare l'importanza nella pratica del pneumotorace alla Forlanini, di due inconvenienti, piuttosto rari del resto: la eclampsia pleurica (o choc pleurico) e la embolia gassosa. Riferisce tre casi di morte su 2600 operazioni; e anche di questi tre casi, solo di uno è veramente da imputarsi il pneumotorace. Rileva l'importanza dello stato generale e dello stato del cuore dei P. nella gravità dei fenomeni di choc.

La ricerca della spirocheta nella sclerosi a placche.

P. VERGA. — La maggior parte degli AA. oggi ritiene la sclerosi a placche di natura infettiva, alcuni anzi avrebbero scoperto una particolare spirocheta. L'O. praticò la ricerca di questo agente, ma invano, servendosi di varii metodi, di cui i migliori sarebbero quelli di Jahnet e Jahnet-Coppola.

Su di un caso di pancreatite essudativa-fibrinosa in un bambino di due mesi.

E. FORLINI. — Le pancreatiti acute ben distinte anatomicamente sono rare: nel caso descritto dall'O. la testa del pancreas s'era trasformata in una specie di nodo; all'esame istologico si trovò un'ulcera della mucosa duodenale ed una infiammazione del pancreas a tipo essudativo-fibrinoso, per quanto essa fosse stata provocata da streptococchi, giunti al pancreas per via linfatica.

Calcolosi del dotto cistico ectasico.

A. GUARESCHI. — Durante una operazione di calcolosi biliare si riscontrò la cistifellea priva di calcoli, che invece si trovavano in una cisti del dotto cistico. Questa sacca piena di calcoli viene interpretata dall'O. come una dilatazione secondaria del cistico consecutiva ad esclusione della cistifellea causata da un calcolo incuneatosi nel colletto della stessa.

Come si deve intendere e spiegare la « migrazione » o movimento reale delle radici arteriose.

A. MANNU. — L'O., dopo lunghi studi, crede che il fenomeno sia determinato da causa puramente meccanica: nei vasi sanguigni la pressione laterale del liquido è perpendicolare alle pareti vasali, di modo che i vasi secondari tendono necessariamente a porre il loro asse perpendicolarmente al vaso principale. Durante l'accrescimento la situazione viene perduta e se la pressione laterale non riesce a ristabilirla, data l'elasticità delle pareti vasali, si produrrà lo spostamento della radice arteriosa.

Contributo allo studio radiologico delle lesioni delle vie biliari.

A. ROSSI. — L'O. in circa 12 anni di lavoro ha studiato all'indagine radiologica oltre 200 casi di affezioni delle vie biliari. Egli ritiene molto cospicuo l'aiuto che la radiologia può portare in questo campo alla clinica. Si dilunga sui procedimenti tecnici che devono esser seguiti per ottenere risultati soddisfacenti. Conclude con l'elencare le indicazioni radiologiche nelle malattie delle vie biliari.

L. PONTICACCIA, segretario.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 27 settembre 1925.

Presidenza del prof. C. CAPEZZUOLI.

Considerazioni sintetiche sulla natura e sul significato della morbilità umana.

C. CAPEZZUOLI (Imola). — L'O. s'intrattiene in ispecial modo sulla capacità di adattamento degli esseri viventi di fronte agli stimoli, analizzando minutamente le modalità diverse di questa dote singolare. Viene alla conclusione essere il fatto morboso niente altro che un modo eccezionale di reazione a stimoli eccezionali e applica questa teoria alle malattie infettive e non infettive. Accenna ad una forma di adattabilità incompleta, cui potrebbero riferirsi i fatti anafilattici.

Sopra un caso interessante di acromegalia.

A. ZAMBIANCHI (Forlì). — L'ammalato, affetto già da molti anni da una tipica acromegalia, presentò improvvisamente gravi sintomi a carico del nervo ottico sinistro e dei muscoli motori dell'O. S. stesso. Questi sintomi di poi andarono rapidamente migliorando. L'O. confrontando il proprio caso clinico con uno illustrato dal dott. Bortolotti sugli *Annali di oftalmologia* crede poter spiegare la sindrome clinica con un improvviso accrescersi del tumore ipofisario in direzione del n. ottico sinistro e con un fatto emorragico conseguente della fossa cerebrale anteriore. Di qui il rapido insorgere dei sintomi oculari ed il loro regredire.

Metodi antichi e concezioni moderne a proposito di terapia immunitaria.

A. LUNEDEI (Gambettola). — L'O. sostiene la tesi che in proteino-terapia sia preferibile e più vantaggiosa l'autoproteino-terapia all'eteroproteino-terapia. Per questo crede che debbano ritornare in onore, colle dovute modificazioni nel modo di applicazione, metodi antichi ora quasi completamente abbandonati quali il vescicatorio, il cauterio, il fonticolo ed il setone.

A proposito di questi ultimi sostiene che il loro meccanismo di azione è identico a quello degli « ascessi di fissazione » e nota la coincidenza fra l'antica convinzione che un irregolare svolgersi della reazione al fonticolo ed al setone fosse un dato di grande valore prognostico e l'identica affermazione dei contemporanei che adoperano il metodo degli ascessi di fissazione.

G. MAZZINI (Imola). — *Ormoni e neuroni.*

La esofago-gastro-digiunostomia per la via del mediastino posteriore.

A. ANGELI (Marradi). — L'A. ha esperimentato sul cadavere una operazione da lui ideata.

Egli esegue un'incisione paravertebrale sinistra approfondendosi fino al piano costale in alto e attraversando i muscoli della regione lombare in basso. Apre il peritoneo lombare, esteriorizza e reseca la prima ansa digiunale, ricanalizzando l'intestino con entero-anastomosi. Stomizza l'orificio efferente dell'ansa resecata alla parete posteriore del cardias, poscia, sezionate le coste e aperto il mediastino posteriore, ricerca l'esofago toracico per questa via estrapleurica; reseca il tratto malato, chiude l'orificio cardiasico, attira in fuori quello faringeo col quale stomizza l'orificio afferente dell'ansa digiunale resecata. Per attrarre questa ansa in alto è necessario sacrificare in parte la vascolarizzazione del suo mesentere: il che è compatibile con la vita dell'ansa stessa, come è dimostrato dalle operazioni di plastica esofagea ante-toracica alla Roux.

Su di un caso di perforazione gastrica da corpo estraneo (ago). Importanza dell'esame radiologico.

TESCOLA C. (Imola). — L'O. comunica su di un caso inviato all'esame radiologico per sindrome di lesione ulcerativa gastrica. All'esame si constatò la presenza di un frammento di ago nel piccolo epiploon in immediata vicinanza della piccola curva dell'antro pilorico (presentazione di nitidi radiogrammi).

L'ago era stato ingerito nove mesi prima e per tre mesi circa non aveva determinato alcun disturbo.

L'intervento chirurgico confermò la presenza del corpo estraneo nella sede descritta e rilevò fatti reattivi ghiandolari circoscritti.

Sulla reazione di flocculazione di Dujarric de la Rivière e Gallerand per la diagnosi della sifilide.

MILANI C. e MALAGUTI (Imola). — Gli OO., dopo avere esposto la tecnica della reazione ed i risultati ottenuti dallo studio di 360 sieri, concludono che la reazione in parola, di valore clinico inferiore alla Wassermann, di cui è anche in parte meno sensibile, non solo non si può considerare capace di sostituire la prova della deviazione del complemento, ma non si è mostrata nemmeno superiore agli altri metodi di flocculazione.

Dott. PAOLO GALLI, *Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Nefrite sifilitica.

H. Burger-Hout (*Centralbl. f. Inn. Med.*, n. 36, 1925), osserva che la nefrite sifilitica decorre in due forme, una forma acuta e una forma cronica. La forma acuta è di solito precoce; essa si può manifestare già poco tempo dopo le prime manifestazioni, spesso entro i primi sei mesi. Si può manifestare anche negli stadi più avanzati della sifilide, in questi stadi è però più frequente la forma cronica. Il decorso della nefrite sifilitica non ha nulla di caratteristico che renda possibile di differenziarla dalle altre forme di malattie renali. Perciò la nefrite che si manifesta nei sifilitici è in molti casi una malattia banale. Si tratta sempre di una nefrite parenchimatosa, rispettivamente nefrosi.

La malattia renale non si deve considerare un sintomo della sifilide, è invece probabile che quest'ultima prepari soltanto il terreno per la malattia renale. L'affezione renale si deve perciò considerare una manifestazione meta-sifilitica analogamente alle alterazioni che si osservano al cuore, ai vasi, al fegato e al sistema nervoso centrale. La cura antiluetica non dà risultati costanti per quanto si riferisce all'affezione renale: non è quindi possibile diagnosticare la natura sifilitica di una nefrite basandosi sull'efficacia della terapia. L'autore osservò cinque casi di nefrite in luetici, in tutti i casi la sifilide aveva preceduto l'affezione renale. Diuresi scarsa, urina a peso specifico quasi normale, albuminuria molto forte. Nel sedimento molti cilindri di varia qualità, epiteli e pochi eritrociti. In nessun caso ipertrofia del cuore nè ipertensione, anzi la pressione del sangue era sempre subnormale. Urea nel sangue normale, costante di Ambard normale.

POLI.

La prognosi delle nefrosi croniche genuine.

Nella maggior parte dei casi di nefrosi cronica genuina la prognosi « quoad vitam » è relativamente buona, e i pazienti possono sopravvivere anche per degli anni, purchè non si strapazzino troppo.

Una vera e propria guarigione si avrà invece assai di rado, e perchè possa essere ammessa bisogna dimostrare la scomparsa completa dell'albuminuria e di qualsiasi altro segno morboso.

Data tale rarità, H. Steinitz (*Deut. Med. Woch.*, n. 46, 1925) riporta il caso di un bambino di 11 anni, il quale risultò ammalato nel 1917 di nefrosi cronica genuina tipica, di natura non specifica, con gravi edemi, versamenti cavitari, e reperto urinario caratteristico (oliguria, peso specifico alto, albuminuria intensa, cilindruria e cellule con granuli grassosi).

Dopo otto anni di osservazione continua tutti i sintomi scomparvero, e si potè parlare di guarigione completa.

Il trattamento che in tale caso dette i resultati migliori fu quello dell'urea somministrata a dosi crescenti (fino a 100 gr.).

Probabilmente si trattò di un caso di nefrosi quale parziale manifestazione di una malattia generale non bene riconosciuta, e si può ammettere, per spiegare la sua guarigione, che, essendo venute a poco a poco a cessare le cause morbose etiologico-patogenetiche, si sia potuto riparare alla grave lesione organica mercè il notevolissimo potere rigenerativo dell'apparato epiteliale del rene.

Non è infine da escludersi, sebbene ancora non sufficientemente dimostrato, che abbiano potuto avere favorevole influenza dei fattori legati allo sviluppo dell'età pubere.

M FABERI.

Ricerche sulla prognosi della nefrite scarlattinosa.

Vennerò controllati a varii anni di distanza 284 individui guariti di nefrite scarlattinosa. In 23 di essi venne constatata una albuminuria ortostatica, in uno una nefrite cronica, in un altro un'albuminuria persistente per più di 5 anni. Gli altri 259 pazienti non presentavano alcun segno di lesione renale. I casi di albuminuria ortostatica non si possono attribuire alla pregressa nefrite scarlattinosa, perchè il loro numero (10 %) è perfino meno elevato di quello che si trova in gruppi di individui apparentemente normali, scelti a caso. In alcuni casi, dopo la guarigione della nefrite scarlattinosa l'albuminuria aveva persistito da 1-3 anni ed era poi scomparsa del tutto. Queste ricerche (H. Hansborg: *Acta Med. Scandin.*, 41, n. 6, 1925), dimostrano che la prognosi della nefrite scarlattinosa è molto favorevole per quanto riguarda la guarigione della lesione renale.

POLLITZER.

Trattamento delle nefriti.

Se è esagerato dire che la decorticazione guarisce la nefrite, tuttavia tale intervento può agire in modo salutare su tre ordini di sintomi: i dolori, le oligurie e le anurie, le ematurie.

Casper (*Mediz. Klinik*, n. 15, aprile 1925) ha osservato 50 casi di nefrite trattati con la decapsulazione. L'A. ha voluto sopratutto contraddire l'opinione di Volhard, secondo il quale la decapsulazione renale non possiede alcuna efficacia specifica e i medesimi risultati possono essere ottenuti mediante la proteinoterapia paranterale o la roentgenterapia.

Contro i fenomeni dolorosi, l'azione della decapsulazione è ben stabilita, per quanto in seguito all'intervento si producano recidive e una neoformazione fibrosa non tardi a costituirsi.

Nelle oligurie e nelle anurie, gli effetti della decapsulazione e radioterapia sono nulli e controindicate in casi di rene atrofico, mentre buoni risultati possono dare nelle nefriti, nelle glomerulo-nefriti acute o subacute.

L'A. riporta a questo proposito casi di glomerulo-nefriti acute o subacute citati da Stephan, da Schwarz, da Fritsch, nei quali l'effetto diuretico dell'irradiazione fu passeggero. Viceversa in un suo caso di glomerulo-nefrite acuta con anuria da 48 ore, la diuresi si stabilì 6 ore dopo la decapsulazione e la guarigione si mantiene da 5 anni.

Nelle ematurie (glomerulo-nefriti subacute o croniche) si deve al contrario preferire la roentgenterapia alla decapsulazione. A questo riguardo l'A. cita un caso di un ematurico datante da un mese per il quale si era deciso la decapsulazione. Appresa la comunicazione del Volhard, fu cambiata idea e fu irradiato. L'ematuria era già cessata prima dell'irradiazione, però dopo di essa, non si ebbe più a verificare.

Per queste forme l'A. ritiene che non essendovi, al pari dell'anuria, il carattere dell'urgenza, sia bene prima procedere all'irradiazione e in caso di insuccesso, intervenire chirurgicamente.

A. POZZI.

Sulla sclerosi perirenale.

V. O' Conor (*Jour. A. M. A.*, 10 ottobre 1925) riporta due casi di sclerosi perirenale, meglio definita come perinefrite cicatrizzante cronica, che diedero segni clinici alcuni anni dopo un drenaggio di ascesso perirenale apparentemente ben riuscito.

Il sintoma principale fu un dolore persistente del rene affetto, il quale eliminava scarsa urina.

Nei due casi, la decapsulazione del rene restituì le normali funzioni e pose fine al dolore.

Anatomo-patologicamente, si aveva la sostituzione di denso tessuto fibroso, sede di una infezione cronica, alla capsula adiposa e fibrosa.

DORIA.

Sul reflusso vescicale.

Il reflusso dalla vescica negli ureteri e nella pelvi, dicono D. Eisendrath, H. Katz e J. Glasser (*Jour. A. M. A.*, 10 ottobre 1925) è un fatto eccezionale (essendo noto che la maggior parte delle infezioni ascendenti avviene per via linfatica. *N. d. R.*), ma talora accade nell'atonia vescicale, ad es., da mielite, tabes, lue spinale, nonchè nelle flogosi croniche della vescica e dell'uretere. Nei fanciulli può talora aver luogo anche a vescica normale, specie durante l'anestesia. Può esser provocato nelle cistiti acute dall'iniezione di liquidi caustici in vescica.

Il reflusso vescicale si riconosce sicuramente solo alla cistografia.

Nei casi dovuti a sifilide spinale può scomparire dopo la cura. È relativamente raro durante la gravidanza.

A cagione del reflusso nell'uretere sano si può credere ad una tubercolosi renale bilaterale quando è leso un solo rene, perchè può accadere di trovare bacilli nelle urine dei due reni.

DORIA.

Cause della pollachiuria nella donna.

Esse sono le infiammazioni delle vie urinarie, l'irritazione di dette vie, molte malattie nervose, organiche o funzionali, le malattie del rene e dell'uretere, e specialmente la nefrite cronica interstiziale, il diabete: di rado è in causa un papilloma vescicale, che suole decorrere senza pollachiuria, un prolasso dell'uretra, un diverticolo vescicale.

Nell'esame delle urine occorre tener conto della quantità emessa ogni volta, della piuria, della ematuria, ecc. La presenza di ossalati, per l'irritazione che provoca, può essere causa del fenomeno.

(*British med. Journ.*, 27 dicembre 1924).

DORIA.

La così detta incontinenza « essenziale » di urina. Patogenesi e cura chirurgica.

P. Delbet e A. Leri (*Revue de Chirurgie*, 1925, n. 7) basandosi su 24 casi operati riportano la causa dell'affezione all'esistenza di una o più briglie comprimenti i nervi della cauda equina. Queste briglie che gli AA. interpretano come anormali legamenti gialli, risiedono sulla regione lombare tra IV e V vertebra o tra la V e la I sacrale oppure nella regione sacrale; 20 volte su 24 si associava una spina bifica occulta, dimostrabile radiograficamente. La cura secondo gli AA. consiste nell'asportazione della briglia comprimente, dopo averne accertata l'esistenza e la sede mediante iniezione epidurale di lipiodol.

Dei 24 operati 10 sono guariti completamente, 1 è migliorato notevolmente, 10 sono migliorati leggermente, 3 non sono migliorati.

Quanto alle cause degli insuccessi gli AA. credono si debbano ad anomalia del canale sacrale

troppo stretto, a stringimenti fibrosi del sacco durale, che rimane bilobato ad alterazioni non sensibili dei nervi della cauda equina o del midollo, al processo di cicatrizzazione della ferita operatoria per cui si formano briglie fibrose che portano a nuova compressione; all'esistenza di una seconda briglia che non era stata rilevata.

G. MATRONOLA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'assorbimento di sospensioni corpuscolari da parte del peritoneo.

È opinione che l'attitudine ad assorbire sospensioni corpuscolari sia limitata alla parte diaframmatica del peritoneo e precisamente al tratto del centro frenico e della zona peritendinea. Poichè dopo le iniezioni di sospensione granulare nella cavità peritoneale oltre i linfatici del diaframma si trovarono infarciti gruppi di ghiandole addominali si era anche pensato ad altra possibilità di assorbimento, e poichè si rintracciarono granuli in vari organi dell'addome, si credette che da questi i granuli passassero poi alle ghiandole mentre altri ammettevano che queste fossero infiltrate per via retrograda dai linfatici toracici considerando l'assorbimento limitato alla parte diaframmatica del peritoneo. Altro fatto controverso è se l'assorbimento avvenga per passaggio libero dei granuli nei linfatici o per mezzo di leucociti e cellule endoteliali.

Oselladore (*Giornale di Biol. e Med. Sper.*, volume II, fasc. I) ha iniettato in due serie di 4 gatti, sospensioni di inchiostro di China in liquido di Ringer; in una nel peritoneo, nell'altra nelle vene, sacrificando gli animali ad intervalli identici di 1, 6, 12 e 24 ore, istituendo poi indagini macro- e microscopiche; in un'altra serie di animali ha iniettato la sospensione nel cavo pleurico per una possibile infiltrazione per via retrograda.

I reperti sono: dopo 6 ore dall'iniezione diretta nel cavo peritoneale molti gruppi ghiandolari dell'addome sono infiltrati di granuli, mentre l'infiltrazione manca negli animali iniettati per via endovenosa o nel cavo pleurico. Conclude che i granuli nelle ghiandole possono venire assorbiti direttamente, oltre che dalla porzione diaframmatica, anche dalle altre porzioni della cavità peritoneale. Dopo l'introduzione della sospensione si verifica un deposito di granuli sulla sierosa dove per una forte attività leucocitaria si avvera il trasporto. I primi granuli che giungono alla ghiandola sono liberi e solo dopo si presentano, nei seni, fagocitati da polinucleati. Quindi si ha un doppio meccanismo: passaggio libero dei granuli nel lume dei linfatici e passaggio per mezzo di fagociti.

R. BRANCATI.

Il potere assorbente del tessuto sottocutaneo.

Douglas (*Presse Méd.*, n. 84, 21 ottobre 1925), nel laboratorio di fisiologia di Doyon ha compiuto delle interessanti ricerche sull'influenza che la vasodilatazione e la vasocostrizione provocano sull'assorbimento degli alcaloidi, dei veleni animali, e delle tossine attraverso il sottocutaneo. Egli praticava delle erosioni leggere sulla cute (orecchio di conigli o di topi) sì da non provocare fuoriuscita di sangue, ma solo di sierosità; applicava poi dell'adrenalina o della istamina o nitrito di amile che poi allontanava con lavaggi con soluzione fisiologica; infine applicava il veleno.

I risultati ottenuti sono i seguenti: l'adrenalina, vale a dire la vasocostrizione impedisce l'avvelenamento da stricnina ed ugualmente quello da veleno di cobra che si verifica invece mortale mettendo questi veleni su erosioni cutanee non trattate con adrenalina. Ugualmente la vasocostrizione da adrenalina impedisce il manifestarsi del tetano dopo applicazione di tossina tetanica.

Con la stessa tecnica si dimostra che l'adrenalina si oppone alla penetrazione delle sostanze coloranti. L'uso invece della istamina e del nitrito di amile favorisce l'assorbimento del veleno messo secondariamente sull'erosione. E notisi che l'adrenalina non diminuisce nè in vitro nè in vivo la tossicità della stricnina, onde il fenomeno si deve attribuire alla sola vasocostrizione.

L. TONELLI.

VARIA.

Un'autobiografia del sen. Mangiagalli.

Come a suo tempo annunziammo, l'11 novembre veniva con solenne cerimonia scoperta una lapide che dedica al nome di Luigi Mangiagalli l'Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Milano. In quella occasione il sen. Mangiagalli pronunziò un discorso che traccia a grandi linee la sua biografia in risposta alla commossa evocazione della sua opera meravigliosa, fatta dal presidente degli Istituti Clinici e dal preside della Facoltà di Medicina.

Ci è grato riportarne la parte più significativa

« Questo Istituto rievoca nella mia mente mezzo secolo di memorie; poichè è da mezzo secolo che coltivo le discipline ostetrico-ginecologiche e fu precisamente nel 1875 che entrai nell'Ospedale

Maggiore e fui addetto al comparto ginecologico diretto dal compianto dott. Valsuani, uomo di grande ingegno che lasciò il suo nome alla descrizione di una forma morbosa, allora non conosciuta, che chiamò cachessia puerperale e che venne più tardi chiamata anemia perniciosa progressiva.

« Ero povero, ero venuto a Milano con una di quelle sacche di lana a fiorami, che usavano allora, ripiena di poca biancheria. Cento lire al mese dovevano bastarmi per vitto e alloggio. Presi dimora fuori di porta Nuova n. 120-E, e due volte al giorno, coll'acqua, colla neve, col solleone facevo la strada, andata e ritorno, dell'Ospedale. Ciò era bene per la mia salute, che' provata a tutti i disagi, divenne di ferro; non per le suole delle scarpe. Ma un ciabattino, al cui figlio davo lezioni di latino, le risuolava gratis. Fu appunto in quell'epoca che presi un grande amore per Orazio.

« Il dottor Valsuani mi prese a voler bene e mi lasciava una grande libertà ed una grande iniziativa. Cominciavano a manifestarsi alcune mie attitudini chirurgiche, limitate ad esportazioni di polipi e di fibromi sottomucosi, operazione che dava però allora la mortalità del 35 per cento; ma l'audacia del giovanissimo ginecologo volava ad alti voli e scrisse allora una memoria sui fibromi in gravidanza e nel parto, nella quale tutte le audacie della chirurgia di questi ultimi tempi sono indicate e meditate sia pure teoricamente.

« Dal comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale passai alla Maternità di Santa Caterina, vecchia e cadente, ma ricca di gloriose tradizioni ed alla scuola di quel meraviglioso maestro che fu Domenico Chiara, non solo appresi l'ostetricia, ma una passione che non mi abbandonò più, di studiare l'influenza reciproca della malattia sulla gravidanza e di questa sulla malattia che si tradusse oltre che nell'insegnamento in un gran numero di pubblicazioni, che culminarono specialmente nella dimostrazione che la terribile sentenza rivolta da Peter ed in genere dai clinici alle cardiopazienti di non maritarsi o, se maritate, di non aver figli, non aveva ragione di essere, e centinaia di bambini furono così salvati.

« Assistente secondo a S. Caterina, praticai tra i primi operazioni di grande importanza, amputazioni cesaree, uteroovariche e le mie prime ovariotomie figurano nelle prime centurie di ovariotomie. Il terribile flagello della infezione puerperale imperversava, cominciava a farsi strada il metodo Listeriano, e la mia memoria sull'antisepsi fu la prima in Italia.

« Giovanissimo, con larga e proficua clientela, passato il prof. Chiara a Firenze, vinto il concorso di Sassari, lasciata ogni cosa, passai a quella università. Presentatomi al rettore prof. Piga chiesi dove fosse la clinica ostetrica, sorrise: mi condusse in una cameretta dove c'era un bacino al quale mancava una tuberosità ischiatica, ed un forcipe con manici ad uncino, uno rotto. Non un letto, non un'ammalata. Non mi sconfortai, riuscii ad avere sei letti, praticai operazioni laparotomiche, feci dimostrazioni cliniche, alcune non senza valore pubblicate e gettai il grido: « La sinfisiotomia rifugiata nella scuola di Napoli deve risorgere » e risorse, in Italia e nel mondo. Il problema della dilatazione permanente del bacino divenne il problema della scuola e numerosi allievi lo hanno studiato, ampliato, approfondito.

« Passato a Catania vi feci costruire l'aula d'insegnamento e la sala operatoria. Lasciata l'Università, venuto a Milano a dirigere il comparto ostetrico-ginecologico ospitaliero, lo trasformai radicalmente, gli diedi un indirizzo nettamente chirurgico e allievi vi affluirono da ogni parte d'Italia. I tempi non erano ancora maturi per il vasto progetto che cominciava a germogliare nella mia testa; lasciai nuovamente l'Ospedale per l'Università di Pavia, rinnovai la clinica e venuto a morte il prof. Porro, lasciai nuovamente l'Università per la Maternità, sempre più cadente ed è in essa che maturò il progetto di dare alla Maternità una nuova sede e unirvi il Comparto ginecologico, creando così la grande unità voluta dalla scienza.

« È l'Istituto che ci accoglie e che venne inaugurato nel 1906. Quando fu costruito sui piani che io avevo dato, per la sua vastità, pareva un frutto di megalomania: fu già ingrandito due volte e non basterà. Accanto all'Istituto sorsero vicine la Clinica del Lavoro, la Clinica Pediatrica e lontano l'Istituto Sieroterapico per la stessa volontà dinamica, e l'Istituto divenne il nucleo degli Istituti Clinici e questi il nucleo della Università. L'idea maturata in venti anni di pensiero si compieva tra difficoltà di ogni genere sollevate da uomini e da eventi. Non ebbi scoraggiamenti o sconforti: sentivo che l'opera sarebbe stata compiuta. Ora lo è. L'onore che mi fate è troppo grande, ma posso dire: *diem implevi* ».

L'epigrafe dice:

Nel giorno in cui — fulgente ancora di forze fisiche ed intellettuali — Luigi Mangiagalli — lascia la Cattedra — auspice la Facoltà Medica Universitaria di Milano — il Consiglio degli Istituti Clinici di Perfezionamento — dedica al suo nome glorioso — l'Istituto di Ostetricia e Ginecologia — dove la sua tecnica insuperabile — vinse tanti tormenti.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La quistione ospedaliera nel Mezzogiorno d'Italia.

Il Medico Italiano all'Estero pubblica un interessante articolo sulla crisi degli Ospedali in Italia. Dopo avere accennato alle deficienze emerse in tutto il mondo civile dopo la guerra, l'articolista osserva che il fenomeno si è avvertito più acutamente in Italia, dove i sistemi di assistenza domiciliare e ospedaliera hanno lasciato sopravvivere una molteplice e slegata serie di stremate istituzioni, tenacemente sollecite delle loro autonomie e disperdenti in appannaggi e in rivoli infecondi le loro globalmente notevoli ricchezze. Provvedimenti vari del Governo hanno alquanto migliorata la siuazione. « Ma — continua l'articolo — rimane in tutta la sua grandezza l'altro lato della crisi che è dato dalla mancanza quasi assoluta di ospedali in un terzo d'Italia. Basti accennare che Napoli, città di un milione d'abitanti, il maggior porto di sbarco di passeggeri, quasi l'unico centro ospedaliero meridionale conta fra i vari nosocomi 2000 letti, mentre Roma ne possiede 7000 e Milano 9000 ».

I fatti su accennati non sono stati denunciati per la prima volta, ma la denuncia acquista un sapore più acre perchè pubblicata su un giornale che ha la maggiore diffusione fuori d'Italia, destinato ai medici italiani residenti all'estero, un giornale cioè che raggiunge quasi ogni paese del mondo.

Carità di patria ha forse trattenuto l'articolista dal descrivere quali siano le condizioni dei 2000 letti, coi i quali gli ospedali di Napoli, devono provvedere ai bisogni di una popolosa città, della più popolosa città d'Italia, ed ai bisogni di quasi tutta l'Italia meridionale, dove per altro su vaste zone infierisce la malaria.

Noi possiamo e dobbiamo ripetere quel che altre volte abbiamo denunciato, che si tratta di una vera vergogna, d'un obbrobrio, d'un'offesa alla civiltà.

Se si eccettua l'ospedale dei Pellegrini, che è un vero modello d'istituto per la chirurgia d'urgenza, tutti gli altri nosocomi partenopei trovansi in condizioni d'ubicazione, di costruzione, d'arredamento e d'esercizio inqualificabili. Costruzioni vecchie soffocate d'ogni parte da fabbricati d'abitazione, per lo più da catapecchie luridissime; ambienti senz'aria, senza luce; e del resto il tacere è meglio.

Chi ha dovuto visitare il così detto Ospedale di Loreto può apprezzare fino a qual punto può giungere il disgusto.

Vero è che quasi tutti gli ospedali di Napoli meritano d'essere rasi al suolo. Non c'è nulla da correggere, c'è tutto da distruggere e tutto da rifare.

La questione ospedaliera del Mezzogiorno va affrontata con criteri larghissimi, con apprestamenti di mezzi formidabili. Tutto quello che c'è non conta nulla, e non deve essere considerato nel programma ricostruttore se non come qualche cosa di obbrobrioso di cui si deve disfare ad ogni costo.

Dal 1860 in poi le condizioni degli ospedali di Napoli non hanno subito che modificazioni in peggio, mentre i migliorati mezzi di comunicazione facevano affluire dalle lontane terre di Calabria, Puglia e Basilicata un maggior numero di infermi e ne aumentavano così la congestione.

Non si può davvero dire che abbiano migliorato la situazione la costruzione delle nuove Cliniche. Quei miseri fabbricati, veri mostricciattoli, cui è stato appiccicato il pretenzioso titolo di Policlinico, dovrebbero senz'altro essere destinati ad uso di scuole elementari.

Napoli deve avere un ospedale o ospedali con non meno di 6000 letti, perchè possa provvedere ai bisogni della popolazione sua ed a quella dei comuni della provincia. E come già s'è detto deve fare astrazione da quanto già esiste, che deve essere considerato come non esistente e che deve essere distrutto. Ospedali ampi ci vogliono, situati alla periferia della città, in località bene aerate e dove beninteso non turbino la serenità delle bellezze panoramiche. Si deve una buona volta rinunziare alla mentalità gretta e sciocca che tutti i servizi devono essere accentrati nel mezzo di Napoli. A una sì fatta mentalità o a qualche cosa di ancora più meschino, si deve se il così detto Policlinico e la nuova Università furono costruiti sulle vie più rumorose.

Napoli ha bisogno di respiro, deve traboccare dalla cinta craterica entro la quale è pigiata.

Ma conviene tener presente che qualunque soluzione si dia alla questione ospedaliera, anche se fosse adottata la più ampia, essa non risulterebbe efficace se Napoli non fosse sollevata dall'obbligo di provvedere alla spedalità di tutto il Mezzogiorno d'Italia. Occorre quindi che ogni Provincia della Calabria, della Basilicata, delle Puglie, della Campania, del Molise abbia i propri ospedali. Una tale necessità è così evidente ed impellente che non è il caso d'insistervi. Nè è il caso di accennare all'apporto che adatti Istituti di cura potrebbero dare nella lotta contro la ma-

laria quando fossero situati non lontani dalle plaghe dove più infierisce il flagello.

Queste considerazioni noi avanzammo dieci anni fa, poco tempo prima che l'Italia partecipasse all'immane conflitto. Allora ci fu chi impostò il problema, ma le gravi vicende che seguirono fecero dimenticare.

Oggi che tutto il paese segue un intenso ritmo di sviluppo economico e politico, le condizioni del Mezzogiorno d'Italia appaiono per ragioni di contrasto ancora più tristi. La stessa gravità della situazione è motivo di speranza. Il governo attuale è risoluto a perseguire la rigenerazione di queste terre, la cui valorizzazione è necessità imprescindibile per assicurare la potenza dell'intera nazione. L'energia e la perseveranza spiegate in altri campi lasciano fiduciosi anche in questa questione di così vitale importanza.

La deficienza igienica è uno degli anelli del circolo vizioso nel quale è stretto il popolo meridionale. Il miglioramento dello stato sanitario sarà uno dei più validi sussidi dell'opera rigeneratrice. Oltre alle vie, alle case, agli acquedotti, alle fognature occorrono ospedali da per tutto.

G. DRAGOTTI.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione Professionale dei Dermatologi Italiani.

Riunione Straordinaria (Roma 19-12-1925).

Contemporaneamente al Congresso della Soc. Italiana di Dermatologia e Sifilografia, il 19 dicembre scorso, nell'aula della Clinica dermosifilopatica di Roma, gentilmente concessa dal prof. Bosellini, si è svolta la riunione straordinaria dell'Associazione dei Dermatologi Italiani, indetta allo scopo di procedere alle elezioni di alcuni membri della presidenza, essendo dimissionari il presidente prof. Montesano, il segretario prof. Terzaghi ed il cassiere-economo prof. Pecori (rimanendo in carica i vice-presidenti prof. Piccardi e prof. Martino), e per lo svolgimento del tema ufficiale: « La coordinazione dei vari mezzi di profilassi celtica, in base all'attuale regolamento » affidato al prof. Piccardi.

Il presidente prof. Montesano, aperta la seduta, dopo avere inviato voti di guarigione al segretario infermo, comunica, con viva soddisfazione dell'assemblea, la erezione dell'Associazione in ente morale, ottenuta dal Ministero dell'Istruzione Pubblica. Informa dell'esito del premio Locatelli per il 1925, vinto dal prof. Morini di Modena, con un lavoro di divulgazione sulla « Infezione blenorragica », e del bando del concorso per il 1926 col tema: « Le dermatosi scolastiche ».

Ad onta della fiducia ripetutamente espressagli dai soci con unanime votazione nell'ultima riunione di Torino (maggio 1925), egli insiste nelle dimissioni, ritenendo esaurito il còmpito affidatogli dall'Associazione.

Si procede quindi alla votazione delle cariche vacanti, da cui risultano eletti a grande maggioranza: presidente prof. Piccardi, vice-presidente prof. Gallia, segretario dott. Buquicchio, cassiere-economo dott. Vercellino.

Il prof. Piccardi svolge la sua relazione accennando alla coordinazione ed al legame che, a vantaggio della profilassi, dovrebbe esistere fra i vari mezzi stabiliti dal nuovo regolamento: visita delle case di tolleranza, cura gratuita dei venerei contagiosi nei dispensari celtici e nelle sale celtiche, visita profilattica delle prostitute libere tesserate, mediante uno stretto accordo fra medici visitatori, medici dei dispensari e sale celtiche ed ispettori dermosifilografi, i quali ultimi, oltre il controllo ed il collegamento dei diversi servizi, hanno lo scopo di informare le autorità superiori sullo svolgimento della profilassi, sui risultati ottenuti dai vari provvedimenti e sulle eventuali deficenze riscontrate in qualche servizio.

Dimostra la necessità di un arredamento dei dispensari confacente alle moderne cognizioni di sifilografia, onde facilitare la rapidità della diagnosi, e dell'istituzione di un laboratorio sierologico nei grandi centri, annesso ad uno dei dispensari, a servizio della città e della provincia, ed invoca che finalmente il Governo si decida alla somministrazione gratuita alle Cliniche dermatologiche, ai dispensari e sale celtiche (già tante volte richiesta dalle Società scientifiche) dei rimedi di azione più rapida per la cura della sifilide: arsenobenzoli e bismuto, essendo ormai dimostrato che ad essi si deve in gran parte la notevole diminuzione della sifilide.

Richiama inoltre l'attenzione delle autorità sulla condizione morale e materiale dei medici addetti a questi servizi, i quali, ad onta dell'aumentato lavoro per una diagnosi più precisa ed una cura più complicata dei malati, per una maggiore responsabilità, data l'importanza che il Governo nazionale annette a tali mansioni di propaganda, di prevenzione e di cura, sono tenuti in stato di assoluta inferiorità di fronte agli altri medici preposti alla pubblica igiene, sia riguardo alla carriera ed alla stabilità, espressamente negata dal nuovo regolamento, sia riguardo agli stipendi per lo più irrisori, sempre insufficienti ed inadeguati a compensare un'opera di così alto valore individuale e sociale.

La relazione, che l'assemblea ritiene degna della pubblicazione, anche perchè possa pervenire alle autorità competenti, si conchiude col seguente ordine del giorno, approvato all'unanimità:

« L'Associazione professionale dei dermatologi italiani, riunita in Roma in assemblea straordinaria il 19 dicembre 1925, plaudendo all'opera del Governo Nazionale che fra le prime leggi ha emanato un « Nuovo Regolamento » per la profilassi delle malattie veneree, dimostrando quanto inte-

resse annette alla lotta contro una delle più gravi calamità sociali; prendendo in esame, dopo oltre due anni d'applicazione, il complesso dei provvedimenti su cui s'impernia la difesa della Nazione dalle infezioni veneree, ne riconosce l'alto valore morale per il giusto contemperamento del rispetto della personalità umana con la salute collettiva e la pratica utilità, di cui già s'intravedono i favorevoli risultati; ed è convinta che se essi saranno largamente ed integralmente applicati con una più stretta correlazione tra le diverse amministrazioni da cui dipendono e fra i medici addetti alla profilassi; con un più completo arredamento dei dispensari e dei reparti celtici quale richiedono le moderne cognizioni di sifilografia; con larga distribuzione gratuita dei rimedi di rapida azione per far scomparire le sorgenti del contagio (già richiesti da altre associazioni mediche italiane); con l'elevamento morale e materiale realmente riconosciuto e giustamente compensato dei dermosifilografi preposti a tali servizi, attualmente in condizioni d'inferiorità di fronte agli altri sanitari preposti alla pubblica igiene; il risultato finale della lotta contro il pericolo venereo sarà immancabilmente vittorioso, facendo diminuire il numero delle infezioni, forse anche facendo scomparire la più grave di esse, la sifilide con tutte le sue nefaste conseguenze per l'individuo, per la famiglia e per la razza.

Fa voti presso la Direzione Generale di Sanità perchè voglia prendere in considerazione le proposte formulate nella relazione, ed in merito all'elevazione dei medici dermoceltici addetti alla profilassi propone:

1° Che tutti i medici addetti alla profilassi antivenerea nominati con regolare concorso, considerati alla stregua dei medici provinciali o degli ufficiali sanitari nei rapporti d'impiego con le rispettive amministrazioni, dopo un periodo di prova, possano acquistare la stabilità e percorrere una regolare carriera.

2° Che vi sia uniformità di trattamento per le diverse categorie di detti sanitari tanto da parte del Governo che dei Comuni.

3° Che gli stipendi degli ispettori, dei direttori ed assistenti dei Dispensari, delle Sale e dei Reparti celtici, e dei medici visitatori sieno elevati in proporzione dell'importanza e della responsabilità del servizio che essi compiono ed in rapporto alle condizioni economiche generali ».

Torino, gennaio 1926.

G. PICCARDI.

Federazione Stomatologica Italiana.

Col 1926 la F. S. I. è entrata nel suo 24° anno di vita. Fondata nel 1902 a Milano, essa riunì in un sol fascio le diverse associazioni regionali allo scopo precipuo di cooperare al progresso scientifico-pratico della specialità, di tutelare il decoro e gli interessi professionali, e di elevare la Stomatologia alla dignità di specialità della Medicina generale, sottraendola all'invadente empirismo e ciarlatanismo che in quell'epoca imperava, protetto dalla negligenza delle Autorità, malgrado il decreto Boselli 26 aprile 1890, che imponeva l'obbligo della laurea in Medicina e Chirurgia per esercitare l'Odontoiatria.

Aspre e tenaci furono le lotte sostenute dalla F. S. I. per conseguire questi suoi scopi. E poichè non esisteva ancora in Italia una scuola post-universitaria di Odontoiatria, essa riuscì, nel 1908, a fondare in Milano l'Istituto Stomatologico Italiano, con annessa Scuola di odontoiatria, aggregata agli Istituti Clinici di perfezionamento diretti dal sen. Mangiagalli. Ne fu primo direttore il prof. Carlo Platschick, al quale fu affidato l'incarico ufficiale dell'insegnamento dal Governo, che nel 1909 riconobbe la prima scuola di Odontoiatria Italiana. A questa seguì dopo la guerra la scuola di Bologna.

La lotta contro l'esercizio abusivo culminò nell'approvazione della legge 31 maggio 1912, che ebbe il più completo riconoscimento con il decreto-legge 16 ottobre 1924 n. 1755.

La F. S. I. contribuì efficacemente a tutti i Congressi che dal 1902 si susseguirono periodicamente nelle principali città d'Italia, fino all'ultimo di Fiume, al quale convennero, invitati, i rappresentanti delle Cliniche odontoiatriche di Budapest, Vienna e Zurigo. Fondò, fin dall'inizio, « La Stomatologia », che fu diretta dal prof. Platschick, e che assurse a un posto eminente fra le riviste mediche.

Durante il periodo bellico la F. S. I. si mise a disposizione della Direzione di Sanità militare per la cura dei feriti del viso, e sorsero così i Centri Stomatoiatrici, veri ospedali di specialità che furono una rivelazione nel campo scientifico-pratico e portarono un salutare e valido contributo all'assistenza ai feriti.

La F. S. I. deve esplicare altro e più vasto compito, il quale riveste tutto un programma di previdenza sociale: lo stomatologo entrerà nelle scuole, negli istituti, nell'esercito, negli ospedali come fattore di igiene e di educazione; e questo programma la F. S. I. può degnamente assolvere oggi che il Governo, riconoscendone le benemerenze, l'ha eretta in Ente morale con R. D. 16 luglio 1925 n. 1360. Tra i primi atti l'Ente ha istituito il premio « Carlo Platschick ».

La presidenza ha sede in Milano: dott. Spiro di Mento, via Rizzoli, 16.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CAPIZZONE (*Bergamo*). — Al 20 feb.; consor. 4 com.; L. 8000 per c. 150 pov. e L. 1000 trasp., L. 200 ambul., L. 120 assic., 2 c.-v.; 4 sessenni dec. Serv. entro 20 gg.

CASTELFRANCO VENETO. *Ospedale Civile.* — Proroga al 15 feb. Med.-chir. assist. Vedi fasc. 3. Percentuali proventi operaz. chirurgiche e ambulatorio.

CAITOLICA (*Forlì*). — A tutto 1 mar.; L. 9000 da aumentarsi con deliberaz. in corso del 15 %, oltre c.-v.; 10 bienni ventes. Tassa L. 50.15. Assunz. serv. entro 15 gg.

COLLAGNA (*Reggio Em.*). — Consor. con Busana; L. 8000, oltre L. 3000 perchè di categoria 4ª e L. 2000 perchè cond. consorziale; c.-v. in L. 2000; ind. trasp. L. 3000. Ab. circa 5000 in 10 agglomerati e frazioni; ha. 9725; obbl. cavalc. Scad. 15 feb. Tassa L. 50.05. Serv. entro 15 gg.

FILATTIERE (*Salerno*). — Due cond.; proroga 28 febbraio.

FOLIGNO (*Perugia*). — Scad. 22 feb.; due cond. rurali (Annifo e Capodacqua). Età lim. 35 a. Rivolgersi segreteria com.

FORLÌ. *Municipio.* — Direz. Dispensario Antivenereo. Alle ore 18 del 24 feb. Titoli ed esami. Onorario L. 4000 annue, esclusa ogni altra indennità. Tassa L. 25.10. Chiedere annunzio. Serv. entro 20 gg. Nomina e conferma triennali. Doc. a 3 mesi.

FRASCATI (*Roma*). — Al 28 feb., ore 12. L. 9000 e c.-v. Abit. 12,000 in 3 condotte di cui una chirurg. Turno nelle due cond. mediche. Addizion. L. 4 oltre 3000 pov.; L. 5 oltre 6000. Docum. poster. al 1° sett. Km. 18 da Roma.

GENOVA. *Municipio.* — Medico titolare dei dispensari antivenerei; posto fuori ruolo. Nom. quadriennale e conferme non superiori a quadrienni. L. 4500 e c.-v. Docum. alla segreteria non oltre ore 16 del 27 feb. Voti corsi universitari. Dichiaraz. di accettare tutte le norme del bando, in carta da L. 3. Pubblicaz. in 4 esempl. Titoli comprovanti esercizio profession. effettivo e perizia specifica. Esami. Chiedere bando.

GIUSSANO (*Milano*). — Scad. 15 feb.; L. 9000 e 5 quadr. dec.; trasp. L. 400 se bicicl., L. 1500 se motoc.; per uff. san. L. 1600; per ambulanza L. 100 (*sic*) nette. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

GROSSETO. — Al 15 feb., ore 17; per Batignano. Tassa L. 50. Stip. L. 10,000 e 5 quadr. dec.; c.-v.; indenn. complementare di L. 1000. Serv. entro 20 gg.

MAGLIANO IN TOSCANA (*Grosseto*). — Scad. a 3 mesi dal 4 gen.; L. 9700 e in più L. 600 se scapolo, L. 1200 se ammogliato.

MEZZANINO (*Pavia*). — Scad. 15 feb.; stip. lire 11,000 comprensivo di ogni altra indenn. Tassa L. 50.

MOLINELLA (*Bologna*). — Scad. 28 feb.; 2ª cond.; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. cav. e c.-v.

ORTE (*Roma*). — 1ª cond. med. Vedi fasc. 5.

ORVINIO (*Roma*). — L. 10,500 per 1000 pov.; addizion. L. 4; quattro quadrienni; L. 400 uff. san.; L. 500 servizio carceri; L. 300 arm. farm. Tassa L. 50.05. Scad. 18 marzo.

PEDEROBBA (*Treviso*). — *Opere Pie d'Onigo.* — Al 28 feb. Direttore Ospedale Guglielmo e Teodolinda d'Onigo e condotto della fraz. Pederobba; L. 10,000; cinque quinquenni dec.; c.-v.; motocicletta L. 1900. Tre anni lodevole servizio pratico, chirurgico, ostetrico in ospedale primario e notoriamente importante.

SENOSECCHIA (*Trieste*). — Consor. (5 comuni e relative frazioni); kmq. 120 circa; ab. 4250; pov. circa 400; iscritti a Casse d'assicuraz. o equiparate circa 120; km. 70 strade carrozzabili e 22 pedonabili (*sic*). L. 9000 e 4 quinquenni dec.; oltre L. 3000 trasferta. Scad. ore 16 del 3 mar. Età lim. 35 a. Due anni in reparti di med. e chir. di Osped. del Regno importanti o in condotta. Accettaz. entro 15 gg.

SESANA (*Trieste*). — Consor. 10 (*sic*) comuni. A tutto il 25 feb. Età lim. 35 a. Biennio in reparti di med. e chirur. di Ospedali del Regno di riconosciuta importanza o di condotta. Kmq. 154; ab. 9302 (*sic*); pov. 350 circa oltre quelli di passaggio. L. 14,000 oltre le indenn. c.-v. e L. 2000 trasp. se motocicletta, L. 4000 se cavallo o autovettura; 4 quinquenni dec.; se uff. san. L. 2000. Serv. effettivo entro 15 gg.

TREVIGNANO (*Treviso*). — Scad. 15 feb.; L. 8000 oltre L. 3000 trasp. e c.-v. in L. 1620 se ammogl., L. 1200 se celibe; L. 700 uff. san.; 5 quinq. dec. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10.

UMBERTIDE (*Perugia*). — 5ª cond.; L. 10,000 e 2 c.-v. decurtati di L. 780. Scad. 15 feb.

ZOLDO ALTO (*Belluno*). — Scad. 15 feb.; L. 9000 oltre c.-v., L. 500 uff. san., indenn. trasp. L. 1000-3500 secondo il mezzo usato; comodo alloggio in fabbricato comunale dietro fitto di L. 500 annue.

Diffide e boicottaggi.

Le Sezioni di Alessandria e di Mantova dei M. C. comunicano che sono stati normalizzati i concorsi per Lu Monferrato e Manarello.

CONCORSI A PREMIO.

Premio « Carlo Patschick ».

Sarà assegnato ogni due anni dalla Federazione Stomatologia Italiana all'autore del miglior lavoro presentato alla sezione scientifica del Congresso generale ordinario del sodalizio sopra un argomento di stretta attinenza alla disciplina stomatologica. È stabilito in una somma pari al reddito biennale del capitale di L. 20,000, detratte le spese. Possono concorrervi soltanto autori di nazionalità italiana. I lavori dovranno essere inediti, scritti a macchina o stampati; norme consuete. Il premio sarà assegnato per la prima volta nel Congresso del 1927. Presidenza: dott. Spiro Di Mento, via Rizzoli, 16 - Bologna.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Riccardo Tata, svolgendo il tema dell'endocardite infettiva, ha conseguito la libera docenza in patologia speciale medica, a parere unanime e con i vivi elogi della Commissione, composta dai proff. Ascoli, Zeri e Viola. Congratulazioni.

Il prof. W. Weigandt di Amburgo ha ricevuto una medaglia d'oro dalla Facoltà Medica di Oporto.

Il dott. Hideyo Noguchi è stato nominato dottore *honoris causa* dalla Sorbona di Parigi.

Il premio Marcel Benoist di Zurigo è stato assegnato al prof. H. Zangger, direttore dell'Istituto di Medicina Legale di Zurigo, per la sua opera sugli avvelenamenti.

L'Associazione Stomatologica Laziale, riunitasi in assemblea il 18 gennaio, ha riconfermato per acclamazione a suo presidente il dott. Edoardo Pacitto, vice-presidente dell'Associazione Stomatologica Italiana. Segretario è stato eletto il dott. A. Gioia.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale della stampa medica.

Si adunerà a Parigi nel corso del 1926. Principali temi in discussione saranno: unificazione della terminologia e della bibliografia; diritti di proprietà letteraria; il compito della stampa medica nell'organizzare e resocontare i congressi medici.

Segretario generale è il dott. L. M. Pierra, rue de Babilone 12, Paris.

VII Congresso nazionale di medicina del lavoro.

Sarà tenuto in Genova dal 12 al 15 ottobre; per la prima volta il Congresso sarà organizzato da una istituzione strettamente interessata allo spirito e alle fortune del Congresso medesimo, ossia dalla scuola di Igiene Sociale fondata dal Comune di Genova nel 1922. Il Comitato esecutivo è così composto: presidente: prof. G. B. Ramoino; membri: prof. Alessandro Peri, dott. G. Porrini, prof. M. Ragazzi, prof. Santacroce, dott. comm. G. B. Segale; segretario gen.: dott. Agostino Crosa. La sede del Comitato organizzatore è in via Frugoni 19, Genova.

I temi delle relazioni sono: 1) Condizioni individuali ed alterazioni organiche nei colpiti da correnti elettriche; 2) Stato di salute degli emigranti italiani che rimpatriano; 3) Orientamento professionale dal punto di vista medico, industriale, operaio; 4) Reazioni microchimiche e biologiche in rapporto alla professione; 5) Le abitazioni operaie dal punto di vista igienico.

Il VII Congresso che si riunisce a Genova per invito espresso a Venezia dai due maggiori Enti della Liguria — il Comune di Genova e la Provincia — si svolgerà sotto l'alto patronato di questi Enti e promette di segnare un altro passo in avanti nel campo degli studi e della pratica della Medicina del lavoro. E Genova che per le sue tradizioni sociali ed umane, per le sue grandi affermazioni umanitarie di quest'ultimo ventennio si è messa all'avanguardia, darà senza dubbio alla felice riuscita del congresso, col concorso di cittadini eminenti, l'auspicio fecondo, degno della Superba.

IV Convegno annuale della Sezione Emiliana Medici infortunisti.

Sarà tenuto a Modena il 28 febbraio corrente nei locali dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università, a ore 9.

Sarà relatore del tema ufficiale: « Le rotture dell'aortica nell'infortunistica », il dott. Ruggero Galante dell'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Bologna.

Al convegno possono prendere parte tutti i cultori di medicina degli infortuni anche di altre regioni, ai quali si volge preghiera di far pervenire non più tardi del 21 febbraio il titolo delle comunicazioni al presidente del Comitato, prof. Leone Lattes, Istituto di Medicina Legale, Modena; o al segretario della sezione, dott. Mario Marsili, Ospedale Benito Mussolini, Bologna.

Società italiana per lo studio delle questioni sessuali.

Il Gruppo Romano si è adunato nell'Istituto di Fisiologia, presenti, oltre i soci, vari studiosi. Furono fatte due interessanti comunicazioni dal prof. V. Montesano, discusse dal presidente prof. S. Baglioni, che illustrò anche gli ordini del giorno approvati dall'ultimo Congresso della Società adunatosi a Torino.

In seguito ad elezioni il Consiglio per il biennio 1926-27 rimase composto come segue: presidente: prof. Silvestro Baglioni, Roma. Vice-presidenti: prof. Pietro Capasso, Napoli; prof. Jador Cappelli, Torino; prof. Nicola Pende, Genova. Consiglieri: prof. Giuseppe Amantea, Messina; prof. Primo Dorello, Camerino; prof. Arturo Fontana, Torino; dott. Clelia Lollini, Cuasso al Monte (Como); prof. Vincenzo Montesano, Roma; dott. Diego Spinelli, Roma. Segretario: prof. Aldo Mieli, Roma. Vice-segretario: dott. Giovanni Paganelli, Roma. Sindaci effettivi: prof. Guglielmo Bilancioni, Pisa; prof. Achille Romagna Manoia, Roma; dott. Teresita Sandesky Scelba, Roma. Sindaci supplenti: prof. Attilio Busacca, Roma; avv. Giovanni Regard, Roma.

La segreteria ha sede in Roma (40), via Casalmonferrato, 29.

Un centro di Statistica per le malattie mentali.

La Società freniatrica italiana ha organizzato per fini scientifici e pratici un centro di statistica per le malattie mentali in Italia. La sede della Società trovasi presso il Manicomio Provinciale di Ancona. Tale centro dovrà funzionare an-

che come ufficio di coordinamento e di informazioni per tutti quei provvedimenti che si riterranno utili per una migliore assistenza agli infermi di mente e per perfezionare le gestioni degli Istituti manicomiali.

La Cassa Nazionale infortuni nel 1925.

Durante l'anno 1925 (42° del suo esercizio) la Cassa Nazionale per gli infortuni sul lavoro — col tramite dei suoi Uffici (Compartimenti, Sedi ed Agenzie) distribuiti in tutto il Regno e nella Libia — ha compiuto, secondo le prime comunicazioni da essi pervenute, le seguenti operazioni:

Per le assicurazioni degli infortuni nelle industrie ha emesso 92.754 nuove polizze assicuranti altri 1.206.969 operai; ha inoltre ricevuto 191.399 denunzie d'infortunio ed ha pagato lire 80.092.867 di indennità per 187.824 casi liquidati. Nei confronti col 1924 si notano i seguenti aumenti: 7516 polizze, 116.075 operai assicurati, 23.660 infortuni, lire 10.744.966,99 di indennità.

Per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni in agricoltura la Cassa Nazionale ha ricevuto la denunzia di 49.547 infortuni ed ha pagato lire 18.146.188,03 di indennità per un complesso di 48.689 casi definiti. Sono state ricevute per tale assicurazione 305 denunzie d'infortunio in più del 1924 e sono state pagate maggiori indennità per lire 897.752,22.

In totale nel 1925 la Cassa Nazionale Infortuni ha ricevuto la denunzia di 240.946 casi di infortunio dei quali 2.084 mortali, ed ha pagato lire 98.239.055,03 d'indennità.

Corso per aspiranti ufficiali sanitarî.

Si terrà a Catania dal 15 marzo al 15 maggio; condizioni solite; tassa complessiva L. 450. L'iscrizione si chiude il 10 marzo.

Una conferenza.

Nella sede dell'Ordine dei medici di Roma il prof. Giovanni Mingazzini ha tenuto una conferenza sul tema « Le nevralgie ». Dando prova della sua competenza assoluta in materia, egli ha tratteggiato la diagnosi; ha poi indagato l'eziologia, mettendo in luce l'importanza della glicemia, dell'alcool e del freddo; infine ha esposto le norme della cura, mettendo in guardia contro l'uso della morfina nei casi di nevralgie così dette essenziali e insistendo sull'utilità del caldo secco. Ha fatto frequenti richiami ai grandi maestri: Gowers, Nonne, Cantani, Baccelli. L'illustre neurologo è stato molto apprezzato e applaudito.

Crociera Medica Internazionale nell'Estremo Oriente.

È stata organizzata dal « Bruxelles Médical », e si svolgerà dal 17 marzo al 13 aprile sulla nave « Lotus » delle « Messageries Maritimes ». Prezzi in franchi belgi: 1ª classe 4000; 2ª cl. 2625; 3ª cl. (riservata agli studenti) 1600; i viaggiatori di 2ª e 3ª classe parteciperanno alla vita di bordo di 1ª, salvo il ristorante. A prezzi speciali potranno ottenersi appartamenti di gran lusso, di lusso e di semi-lusso, che potrebbero essere occupati da clienti, convalescenti di affezioni non contagiose, che si volessero portare con sè; potranno anche essere riservati loro posti di 1ª, con lieve aumento di prezzo. Le iscrizioni sono state chiuse il 15 gennaio, ma potrebbero venire lasciati disponibili dei posti da inscritti che si ritirano. Per eventuali informazioni rivolgersi al dott. R. Bernard, rue de Froissart 62, Bruxelles (Belgio); indir. telegr.: Belgfranav, Bruxelles.

Una Lega di donatori di sangue in Inghilterra.

La Società della Croce Rossa Britannica, divisione Camberwell, ha costituito a Londra, nel 1920, un « London Blood Transfusion Service », che è venuto sempre più incrementandosi; le reclute appartengono in gran numero agli anziani della Croce Rossa Giovanile. Fino al settembre 1925 erano state compiute 247 trasfusioni.

Esposizione sanitaria in Germania.

Viene organizzata a Düsseldorf (Germania) una grande Esposizione consacrata alla difesa sanitaria, all'assistenza sociale ed alla educazione fisica; verrà inaugurata immancabilmente l'8 maggio. Il Comitato ordinatore è presieduto dal sindaco dott. Lehr, dal Geheimer Medizinalrat prof. Schlossmann, e dal sig. Poensgen, direttore della « Phoenix Actien-Gesellschaft ».

Gli studenti di medicina in Germania.

Il numero è sceso da 16.368 nel 1913 a 8517 nel 1925. È da notare che mentre i maschi sono diminuiti da 15.500 a 7196, le femmine sono aumentate da 868 a 1321.

L'Istituto Psicologico di Lipsia.

Ha festeggiato il suo cinquantenario. Venne fondato nel 1875 da Wilhelm Wundt, che lo diresse fino al 1917, in cui gli successe il direttore attuale, prof. Felix Krueger.

Per l'Università di New York.

Il presidente della Columbia University di New York ha annunziato che questa, nel corso di un anno, ha ricevuto in donazioni più di 111.000 dollari, pari a circa 3 milioni di lire it. A titolo di esempio, la Borden Company ha donato dol. 15.000 per ricerche sulla chimica alimentare e sulla nutrizione; la Ely Lilly Company dol. 2000 per il fondo sull'anemia perniciosa; Edward D. Faulkner dol. 2500 all'istituto chirurgico, per ricerche scientifiche; il Commonwealth Fund dol. 15,000 per la clinica psichiatrica nonchè altre somme per due borse di studio destinate a studenti inglesi e per altri scopi.

« Tranquillità ».

È il nome della « casa dei medici » che va sorgendo negli Stati Uniti, per ospitare i medici anziani ed incapaci di lavoro, qualora non dispongano di risorse economiche sufficienti a condurre una vita confortevole.

La prima unità venne già eretta a Caneada, nello Stato di New York, qualche anno addietro; ma non ha potuto soddisfare che una minima parte delle richieste.

Le unità non saranno lussuose, ma conterranno quanto è indispensabile all'uomo di educazione superiore.

Gli uffici per la raccolta dei fondi hanno sede nel Times Building, Forty-Second Street and Broadway, New York City. I sottoscrittori, secondo che elargiscano doll. 5000, 2500, 1000, 500, 100, vengono distinti in benefattori, donatori, patroni, membri a vita e sostenitori.

Nuovi periodici.

L'*American Heart Journal* è pubblicato dalla « American Heart Association »; malgrado il titolo, si occupa di tutta la circolazione; ha carattere prevalentemente clinico; è destinato tanto agli specialisti quanto ai pratici generali. Ne è redattore-capo Lewis A. Conner; vice-redattore Hugh McCulloch; sono assistiti da un comitato redazionale di 22 specialisti.

La stomatologia in Russia.

È stato fondato a Mosca un Istituto stomatologico ed intitolato al prof. Carlo Partsch di Breslavia.

Il prof. Kantorowicz, direttore della Clinica odontoiatrica di Bonn, è stato invitato dal Governo dei sovieti a tenere in Russia dei corsi sull'igiene orale degli scolari.

(Così i « Forschungen u. Fortschrifte », 1° gennaio 1926).

Il premio Nobel.

Nel 1925 non è stato assegnato il premio Nobel per la medicina, la chimica e la letteratura, perchè nessuno dei candidati ne venne giudicato meritevole, e ciò in conformità allo statuto della Fondazione.

Il governo svedese va gravando la Fondazione stessa d'imposte crescenti, il che riduce l'entità dei premi. Per il 1925 l'imposta corrispose a circa 4 milioni di lire it.! Gli eredi di Nobel hanno sollevato una protesta contro il fisco.

Borsa di studî viaggiante.

È stata istituita dal municipio di Barcellona, per l'importo di 6000 pesos (oltre 20,000 lire it.), allo scopo di onorare, in occasione del cinquantesimo anno di attività professionale, il clinico chirurgo prof. Cardenal, al quale è già stata fatta una lunga serie di celebrazioni e di feste.

Infortuni di sanitarî.

Il dott. Ruggero Rudi di Cimolais (Udine) rimase gravemente ferito perchè l'automobile postale, su cui viaggiava, percorrendo la strada da Longarone a Claus, slittava in vicinanza di San Martino, precipitando in un burrone.

Fatale imprudenza di un medico.

Il giudice istruttore dell'East Cheshire (Inghilterra) ha compiuto un'inchiesta sul seguente caso. Un medico ventisettenne stava per accendere una sigaretta, mentre guidava la propria automobile, quando questa venne improvvisamente avvolta da fiamme. Prima che il medico riuscisse a fermare la macchina, percorse una settantina di metri. Nel frattempo riportò gravissime scottature e l'indomani ne moriva. La perizia accertò che un tubo adduttore della benzina chiudeva male, di modo che molta benzina si era diffusa all'esterno. Risultò, inoltre, che il medico aveva già rilevato questo difetto, ma non se n'era dato per inteso.

Scuola per infermiere chiusa a Vienna.

La Scuola per infermiere di Vienna rimarrà chiusa per un anno, in considerazione dell'attuale esuberanza d'infermiere. A far prendere questa decisione hanno concorso la morte del direttore dott. Piskacek e le nuove disposizioni per la nomina del successore.

Donazioni e lasciti.

L'ing. Francesco Mannarini di Taranto ha lasciato quattro milioni all'Ospedale Civile di questa città.

Ha posto fine alla sua esistenza il dott. AMBROGIO CUNEO, valente professionista di Genova; aveva coperto la carica di assessore all'igiene, nella quale si era molto distinto; era un benemerito della beneficenza. Contava 66 anni. Alla tragica risoluzione è stato indotto da una malattia ribelle alle cure.

Si è spento a 73 anni JOHN NEWPORT LANGLEY, professore di fisiologia all'Università di Cambridge, uno dei maggiori fisiologi dei nostri tempi; hanno fatto epoca i suoi studi sul funzionamento delle glandole e sul sistema nervoso viscerale.

Si è spento a Buenos Aires il prof. JOSÈ INGENIEROS, di psicologia sperimentale in quella Università; lascia molte pubblicazioni sulla psicologia biologica e sociologica, sulla simulazione della pazzia, ecc.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. Farmac., ecc. — G. AMANTEA. Raccolta dello sperma ed eliminaz. degli spermatozoi nel colombo.

Journal Amer. Med. Assoc., 27 giu. — D. RIESMAN. Condizioni extra-addomin. simulanti malattie addom. acute. — M. G. PETERMAN. Dieta chetogenica nell'epilessia. — A. F. LASH e B. KAPLAN. Tossine dello strept. emolit. — H. E. MILLER e L. R. TAUSSIG. Cosmetici.

Bull. Ac. Méd., 30 giu. — A. NETTER. Vaiolo attenuato; vaiolo-alastrim. — C. ACHARD. Avvelenamenti barbiturici.

Soc. d. Hôp., 2 lug. — E. FEUILLÉ. Lo sdoppiam. acido-base del cloruro sodico nell'organ. — L. BLUM e al. Ritenzione clorurata.

Arch. Mal. App. Digestif., ecc., may. — R. BENSAUDE e al. Escrescenze, vegetazioni e neoplasie anali. — M. CORNIOLEY. Nevrosi grave del plesso solare.

Presse Méd., 11 lug. — L. BERNARD e al. Apici tubercolari e sclerosi polmonari non evolutive. — E. BLANCO ACEVEDO. I nuovi orientam. della chirurgia.

Brit. Journ. Childr. Dis., apr.-giu. — C. F. T. EAST e al. Emorragie nella prima infanzia. — N. F. CASTLE. Ascessi multipli nell'infanzia. — D. C. MUIR. Ipertelorismo.

Presse Méd., 8 lug. — L. AMBARD. Stato attuale della costante ureo-secretoria.

Riv. Ospedal. 15-31 mag. — A. SEBASTIANI. Metabolismo basale.

Problemi della Nutriz., feb.-mag. — P. INTROZZI. L'iperglicemia alimentare come metodo d'esplorazione del meccanismo glicoregolatore. — S. MARINO e E. MILANI. Azioni delle applicazioni profonde dei raggi X sugli organi endocrini e specialm. sul pancreas dei diab. — L. VILLA. Metabolismo basale e gland. endocr. — A. SEGA. Nefrosi genuina e lipoidea.

Journ. de Méd. de Paris, 11 lug. — BRELEI. Trasmissione della scarlatt.

Gaz. d. Hôp., 11 lug. — A. DURNY. Forme anatomo-cliniche della colecistite calcolosa.

Paris Méd., 11 lug. — FRAIKIN. Lo squilibrio addominale. — IZARD. Meningite cerebro-spin. a ricadute.

Zbl. inn. Med., 18 lug. — F. WOHLRVILL. Sclerosi della porta.

Folia Med., 15 lug. — I. DI PACE. Orchite da malaria.

Journal Am. Med. Assoc., 4 lug. — S. J. SEEGER e W. M. KEARNS. Litiasi cistinurica. — H. MARSHALL TAYLOR. Sinusite da nuoto. — W. E. KENNEDY. Spasmo istmico delle tube falloppiane. — A. EPSTEIN. Il meccanismo causale del diabete.

Zbl. f. Chir., 4 lug. — F. HÄRTEL. Trattam. degli stati di collasso dopo l'anestesia locale. — 11 lug. A. FISCHER. Torsione della cistifellea. — A. SHAPIRO. Casistica delle ernie addomin. interne.

Deut. Med. Woch., 17 lug. — H. SELTER. Vaccinaz. antitubercolare nell'uomo. — J. SEIDE. Eccitazione da raggi X.

Wien. Klin. Woch., 16 lug. — E. LÖWENSTEIN. Eziologia della tbc. renale. — F. MATTAUSCH. I partigeni. — L. BERNSTEIN. Sensibilità alla pressione del bulbo nell'angina pectoris.

Bolet. Inst. Medic. Experiment., mar.-apr. — A. H. ROFFO. La dermatosi precancerosa di Bowen e contributi vari sul cancro.

Soc. d. Hôp., 3 lug. — A. LERI. Eziologia del rachitismo. — C. AUBERTIN e WIDIEN. Nefrite azotemica pura.

Lancet, 18 lug. — W. E. GYE. Eziologia delle neoformazioni. — J. E. BARNARD. Esame microscopico di virus filtrabili. — J. H. PARSON. Fondamenti della visione.

Amer. Journ. Med. Sc., lug. — L. K. MCCAFFERTY. Sifilitici Wassermann-resistenti trattati col bismuto. — I. F. LANDON. Condizioni simulanti la leucemia linfatica. — L. H. MAYER e E. F. FIRSCH. Differenziazione della dissenteria amebica. — F. C. HODES. Tularemia. — D. W. KRAMER. Reaz. di Kottmann della disfunzione tiroidea.

Surg., Gyn. a. Obst., lug. — H. L. PARKER e al. Compress. del midollo spin. e delle radici da osteoartrite ipertrofizzante. — J. F. GRATTAN. Rinofima. — R. ROBINSON. Le proliferazioni endometriche eterotopiche.

Brit. Med. Journ., 18 lug. — J. B. HALL. Lo sviluppo eccessivo dello specialismo. — C. L. GULLAUD. Difficoltà diagnostiche della leucemia.

Ann. Inst. Pasteur, lug. — Y. KERMOGANT. Eziologia degli orecchioni. — A. HEMPI. Metodo rapido di trattam. antirabico.

Rev. españ. de Med. y Cir., lug. — L. BOSCH AVILÉS e P. PUIG Y ROIG. La cesarea con esteriorizzazione dell'utero sec. il processo Portes. — E. PUJOL. Fistole gastro-cutanee.

Annali d'Igiene, apr. — G. SANARELLI. Sulla patogenesi del carbonchio detto «interno» o «spontaneo». — G. VOLPINO. Ricerche sull'influenza. — G. PARRINO. I poteri immunitari nel colpo di sole e nel colpo di calore.

Med. Klinik, 17 lug. — A. BICKEL. Vitamine ed avitaminosi nella carbonuria disossidativa.

Minerva Med., 20 lug. — O. CIGNOZZI. Orchiti e vaginaliti malariche. — G. PICCARD. Sifilide ereditaria paterna. — G. ROASENDA. Particolare riflesso d'erezione. — L. BOBBIO. Le sindromi addominali aderenziali.

Arch. Ital. di Chirurg., 4. — E. BUSSA LAY. Colecisti-uretero-neostomie. — L. PIZZAGULLI. Tbc. del sacco erniario.

Chir., d. Org. d. Movim., 4-5. — K. BIELSASKI. Concetto biologico-sociale nell'ortopedia. — S. CIACCIA. Frattura di Bennett. — C. INGARAMO. Appar. per fratture dell'arto super. — M. CAMURATI. Coste lombari. — V. PUTTI. Protesi antiche.

Rev. Med. Suisse Rom., 25 giu. — P. MASSON. La pneumatosi endoperitoneale. — E.-C. MÉGEVAND. Appendice gigante.

Riv. Ital. di Ginevol., lug.-ag. — L. MAGNANI. Tumori interlegamentari primitivi e tumori retroperitoneali. — N. TEMESVÀRY. Anus vulvaris.

Sperimentale, III-IV. — G. GULLOTTA. Diverticoli dell'appendice. — D. VANNUCCI. Neoforma-

zioni perivasali dell'encefalo. — D. VANNUCCI. Malattia di Marchiafava. — G. BERTI. Corpuscoli del così detto Mollusco contagioso. — B. POLETTINI. Anafilassi da nucleoproteidi batterici.

Paris Méd., 18 lug. — Numero sulla chirurgia ortopedica e sulla chirurgia infantile.

Journ. d. Prat., 4 lug. — HICARD. Torcicollo mentale. — NOBECOURT. Ipertrofie staturali dell'infanzia.

Prensa Méd. Argent., 20 giu. — C. I. ALLENDE. La talalgia.

Münch. Med. Woch., 24 lug. — A. KREAKE. Astenia femminile e mania operatoria. — A. BECK. Sulla trasfusione di sangue. — K. WALZ. Il cordoma maligno.

Rev. de la Tuberc., giu. — R. MONCEAUX. Studio chimico della bile e del fegato dei tubercolotici.

Soc. d. Hôp., 16 lug. — L. RIBADEAU, DUMAS e FOUET. Profilassi del colera inf. — LÉVY e a. Granulosarcomatosi di Pappenheim.

Bull. Ac. Méd., 15 lug. — H. CHABANIER. Azione dell'insulina in applicazione generale e locale sulle piaghe dei diabetici. — C. I. URECHIA e N. ELEKES. Le placche senili; compito della microglia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Riviste speciali di nostra edizione concesse agli associati al "Policlinico,, in abbonamento cumulativo pel 1926.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:

L. 25 per l'Italia o **L. 38** per l'Estero.

potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1926 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità.

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE *e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al* **prezzo di favore** *di sole:*

L. 72 per l'Italia o **L. 90** per l'Estero

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, lezioni e conferenze *b)* rassegne, riviste e congressi; *c)* notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3,50
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 25 — Estero L. 38

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1926 a "Cuore e Circolazione,, si concedono le intere annate 1920 - 1921 - 1922 - 1923, del periodico "Le malattie del cuore,, nonchè 1924 e 1925 di "Cuore e Circolazione,, per sole L.* **95** *se in Italia, e per sole L.* **125** *se all'Estero, in porto franco.*

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di BARI

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; *b)* recensioni, quesiti e commenti, bibliografia: *c)* Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3.50
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 25 — Estero L. 38

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di PISA

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo, distinto in 3 parti; *a)* lavori originali, osservazioni e lezioni cliniche, contributi pratici; *b)* Riviste sintetiche, sunti, rassegne, quesiti; *c)* note storiche della medicina, varietà, cenni bibliografici, notizie, ecc.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3.50
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 25 — Estero L. 38

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1926 a "Il Valsalva,, si concede l'intera prima annata (1925) del periodico stesso, per sole L.* **20** *se in Italia e per sole L.* **30** *se all'Estero, in porto franco.*

Indirizzare Vaglia Postali e Assegni Bancari, sempre direttamente al Cav. Luigi Pozzi, Via Sistina, 14 — Roma

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di incollare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

ANNO XXXIII Roma, 15 Febbraio 1926 Fasc. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

A proposito di un caso di paralisi progressiva giovanile.

(Considerazioni sulla neurolue da sifilide ereditaria)

per il dott. PIERO FORNARA (*).

Il giorno 3 agosto 1922 mi veniva condotto al laboratorio medico-micrografico municipale ove in quel mese sostituivo interinalmente il direttore del laboratorio dott. Bandini, un giovanotto di 24 anni, certo L. Andrea: esso mi era inviato da un collega perchè gli eseguissi una reazione di Wassermann: notando il caso interessante lo esaminai e successivamente lo seguii e lo studiai: dall'anamnesi raccolta presso i famigliari ed in ispecie da un cognato, appresi che l'ammalato era un figlio unico avendo avuto due fratelli morti in tenerissima età, che il padre era morto di ictus apoplettico a 48 anni e che la madre era morta a 56 anni di polmonite influenzale dopo che per molti anni era stata inferma per un'affezione che dalla descrizione fatta si rivelava per una tabe (paresi degli arti inferiori con dolori folgoranti — marcia atassica con incoordinazione — diminuzione progressiva della vista, ecc.).

Il paziente non fece malattie degne di nota: però fu sempre un deficente che, afflitto anche da una grave diminuzione del visus non potè fare più della terza classe elementare: fu sempre un rinchiuso, un riservato, un taciturno, poco amante della società e schivo delle allegre compagnie

(*) Da una comunicazione tenuta alla Società di coltura medica novarese il 4 maggio 1925.

dei suoi coetanei: dall'età di 16 anni fu messo a lavorare in una fabbrica di tessitura, ma anche qui teneva un contegno molto appartato e si mostrò poco intelligente e poco attivo: non fece mai servizio militare (fu riformato per il visus) ed i parenti escludono che abbia mai avuto relazioni con donne. Ai primi dell'anno in corso (1922) fu fatto visitare da un medico di Novara che diagnosticò trattarsi di nevrastenia e consigliò il matrimonio: questo consiglio fu seguito ed il paziente senza entusiasmo e senza difficoltà sposò nel mese di marzo una buona ragazza del vicinato: da allora, le condizioni mentali del p. sono precipitate e molto rapidamente il decadimento mentale progredì verso la demenza globale completa.

All'esame obiettivo appariva come un giovanotto di media statura, di sviluppo e robustezza mediocri, ma il viso presentava subito un'espressione francamente idiota ed un aspetto molto inespressivo per l'atonia dei muscoli facciali e per il pallore e la flaccidità dei tegumenti. Contrastavano con questa atonia alcune scosse fibrillari intermittenti dei muscoli del viso e specialmente una vera irrequietezza mioclonica del mento; anche la lingua protrusa presentava tremore e fibrillazioni.

A carico degli occhi si notava una lieve paresi dell'abducente di destra, anisocoria per miosi sinistra, rigidità pupillare riflessa a destra: l'esame oftalmoscopico eseguito dal dott. Cordiale dimostrò a sinistra un'emorragia retinica di antica data, a destra una coroidite maculosa.

Parola lenta e indecisa, nettamente disartrica.

I riflessi tendinei e periostei dell'arto superiore appaiono normali: motilità delle braccia e delle mani normali: tremore delle dita protese: scrittura tremolante ed incerta.

I riflessi cutanei addominali e cremasterici appaiono normali.

I riflessi rotulei, normali a sinistra appaiono invece nettamente esagerati a destra, dove pure il riflesso achilleo appare esagerato: il riflesso plantare in flessione a sinistra, a destra si compie intermittentemente in estensione (Babinski) specialmente quando lo si ricerca con la manovra di Gowers.

La marcia si compie regolarmente senza disturbi paretici, spastici o cerebellari: non atassia; Romberg assente.

Circa al comportamento psichico durante i ripetuti esami notai mentalità decaduta globalmente: la memoria e la autocritica sono diminuite parallelamente all'intelligenza ed al raziocinio: docile e tranquillo l'am. obbedisce a tutti i comandi ed eseguisce quanto gli è ordinato: egli si dichiara non ammalato ma dice di soffrire solo per il dolore delle iniezioni fattegli.

La reazione di Wassermann eseguita sul siero di sangue diede risultato completamente positivo con tutti gli antigeni.

Potei praticare anche la puntura lombare che diede il seguente risultato: L. C. R. limpido, pressione lievemente aumentata; cellule 28 per mmc. (tutte linfociti); albumina 0,40 ‰ (Brandberg), Pandy, Boveri, Nonne-Apelt, Ross Jones, Weichbrodt positive. Glicorachia g. 0,60 ‰. Wassermann col L. C. R. positiva con tutte le dosi da 0,1 a 1,0 di L. C. R. sia fresco che inattivato.

Benzoino colloidale 221002221000000.

Nel mese di settembre l'am. fu dovuto essere ricoverato al Manicomio dove nonostante un tentativo di intensa cura antiluetica (silbersalvarsan, nucleinato sodico, salicilato di mercurio) non si ottenne accenno a miglioramento e dove morì pochi mesi dopo.

Questo caso mi è parso interessante e degno di essere comunicato non solo come esemplare tipico di paralisi progressiva giovanile da eredolue ma anche e specialmente perchè si presta ad alcune considerazioni di indole pratica e teorica: come caso infatti non avrebbe nulla di particolare perchè questa malattia è già abbastanza studiata e nota da molti anni: dopo i primi singoli casi pubblicati isolatamente nel secolo scorso e molti dei quali sono di diagnosi non sicura, Regis (1) per il primo nel 1892 raccolse 14 casi di P. pr. g. di cui con eredolue sicura in sei, probabile in due; nel 1894 Gudden (2) ne raccolse 20 casi, nel 1896 Alzheimer (3) 38 di cui 3 personali, nel 1898 Thiry (4) 69 casi; da allora i casi si sono moltiplicati e sommano ora a parecchie centinaia (vedi per la bibliografia i lavori di Alzheimer (3) che raccoglie la letteratura fino al 1895, di Fröhlich (5) che raccoglie la letteratura dal 1896 al 1899, di Klienenberg (6) con la letteratura dal 1900 al 1908, di Toni Schmidt-Kraepelin (7) con la letteratura dal 1909 al 1920) e non mancano anche i lavori di critica, specialmente di Fröhlich (5), di Wollburg (8), di Klienenberg (6) che insistono sulla necessità di fare una revisione di un certo numero di questi casi ed in particolare di mantenere distinta quella che è la forma precoce di P. pr. da lue acquisita da quella che è la vera P. pr. giovanile da eredolue.

Circa alla sintomatologia di questa P. pr. giovanile eredoluetica, di cui solo mi occupo, quasi tutti gli autori notano le differenze dalla sintomatologia della forma solita di P. pr. generale degli adulti per lue acquisita e mettono in evidenza i seguenti caratteri di quella:

1) il carattere della demenza è diverso: nella forma ereditaria essa ha il carattere di una demenza semplice, globale, con un indebolimento completo e progressivo dell'intelligenza che conduce all'indifferenza assoluta ed all'ebetudine completa: vi si possono associare specialmente all'inizio periodi di eccitazione, accessi epilettiformi, ecc., ma mancano d'abitudine il delirio, le allucinazioni, le illusioni, l'euforia della P. pr. dell'adulto;

2) sono frequenti dei disturbi somatici concomitanti ai disturbi psichici: ora paralisi cerebrali a tipo di diplegie, di emiplegie o di paralisi isolate, ora sintomi disendocrinici e specialmente

sindrome adiposo-genitale, ora ritardo o arresto di sviluppo fisico;

3) la marcia della malattia è comparativamente più lenta, con un decorso che d'abitudine dura parecchi anni, senza presentare quegli sbalzi, quelle remissioni, quegli aggravamenti repentini che si osservano tanto spesso nella forma dell'adulto.

Dati questi caratteri è logico che più spesso che nell'adulto, nel fanciullo e nell'adolescente tale malattia sia misconosciuta, e sia confusa con altre affezioni psichiatriche ed in ispecie con la idiozia e con la demenza precoce: la letteratura vecchia e moderna è ricca di casi in cui tale confusione è stata fatta e tra gli altri ricorderò i casi recenti di Pierre Marie (9), di Briand e Reboul (10) in cui appunto era stata fatta diagnosi di imbecillità e di demenza ebefrenica.

Nel nostro caso era stato fatto un errore di diagnosi ben più grave e specialmente grave per le conseguenze a cui portò: mentre la confusione con l'idiozia e con la demenza precoce in fondo non danneggia nè il paziente nè la società, l'errore del nostro collega che fece diagnosi di nevrastenia e che consigliò il matrimonio è un errore imperdonabile perchè col matrimonio da un lato le condizioni del paziente precipitarono, d'altro lato alla sua sorte venne legata quella di una povera ragazza con delle conseguenze di cui non possiamo ancora valutare tutta la gravità.

***

Teoricamente questo caso mi richiama a due ordini di considerazioni: sui caratteri del L. C. R. nella P. pr. giovanile e sui suoi rapporti con le reazioni meningee della sifilide ereditaria e con le meningo-encefaliti eredoluetiche; e sul contributo che il caso considerato come esempio di neurosifilide famigliare porta alla vessata questione della patogenesi della neurolue.

Nel nostro caso la reazione meningea era abbastanza intensa ed il reperto del L. C. R. era tipico per la P. pr. quale siamo abituati a vedere nelle forme degli adulti, con la termostabilità della reazione della Wassermann che se anche non specifica della paralisi generale come aveva affermato in un primo tempo Rizzo (11), è però pur sempre un sintomo in più, quando è presente, di questa affezione.

Però non è sempre così: altri autori trovarono in casi di P. pr. giovanile una reazione meningea più limitata e meno completa: così Nonne, Planz e Sterz osservarono in casi di questa affezione incomplete le 4 reazioni di Nonne e Tackeouchi (12) lo scorso anno a proposito di un caso personale ribadì queste affermazioni: nel nostro caso ciò non era e questo — a parer mio conferma però anzi che combatterla — la diagnosi di P. pr.

Lo studio della reazione meningea della P. pr giovanile si può anche riallacciare al problema delle reazioni meningee nell'eredolue: io sto da tempo occupandomi di ciò ed in un discreto numero di casi che forse un giorno pubblicherò ho osservato come accanto alle reazioni meningee floride, di solito passeggere dei primi mesi di vita, coincidenti con i sifilodermi e le manifestazioni mucose, accanto alle reazioni meningee residue per lo più a tipo dissociato o monosintomatico non rare nei casi di eredolue con piccole lesioni nervose, vi sono delle reazioni meningee ben più intense e persistenti coesistenti con lesioni encefalo-mielitiche più gravi: Bezy e Riser (13) questo stesso anno han pubblicato un caso di meningo-encefalite eredosifilitica simulante la paralisi progressiva osservato in un ragazzo di 12 anni in cui la diagnosi primitivamente posta di paralisi generale in base al reperto clinico, psichiatrico, e al reperto del liquor fu modificata poi in diagnosi di meningo-encefalite quando si vide un netto miglioramento stabilirsi e progredire in seguito a una cura antiluetica (bijoduro d'Hg. e acetylarsan).

Io ho osservato e studiato un caso da questo punto di vista abbastanza interessante all'ospedale infantile di Alessandria.

Si tratta di un bambino visto la prima volta nel marzo 1923 all'età di 20 mesi: egli presentava allora accanto a segni somatici indubbi di eredolue (epitrocleari ipertrofiche, splenomegalia, macrocefalia di cm. 47 di circonferenza con vene epicraniche dilatate) segni di lesioni nervose: idiozia completa (il b. non parla e non emette che suoni inarticolati, non riconosce nè il padre nè la madre, non manifesta e non esprime nè affetto nè altri sentimenti e neanche esprime i propri bisogni), paralisi del retto esterno di sinistra (strabismo convergente), paresi dell'arto superiore di sinistra con riflessi tendinei e periostei esagerati, convulsioni che iniziando al braccio sinistro si generalizzano e si ripetono 3-4 volte al dì.

La reazione di Wassermann riuscì negativa nel padre (intensamente curato), fortemente positiva nella madre e nel bambino.

La puntura lombare diede esito a L. C. R. limpido ma contenente coaguli fibrinosi e formante, lasciato a sè, una tipica tenue ragnatela.

Cellule 240 per mmc. al Fuchs Rosenthal (linfociti in quasi totalità).

Albumina gr. 0,60 ‰ (al Branberg).

Pandy, Nonne-Apelt, fortemente positive. Boveri positiva (decolorazioni in 2'); Weichhrodt debolmente positiva.

Reazione di Wassermann:
Col L. C. R. fresco: ± con 0,1; + con 0,2; ++ con 0,5; +++ con 1 cmc. di liquor.
Col L. C. R. inattivato: ± con 0,1; + con 0,2; ++ con 0,5; +++ con 1 cmc. di liquor.
Benzoino colloidale 2222100012210000.

Venne iniziata subito ambulatoriamente una cura antiluetica mista (frizioni mercuriali e iniezioni di novarsan) che però per l'ignoranza ed il malanimo dei genitori viene eseguita frammentariamente e saltuariamente.

Il 26 maggio dopo 4 iniezioni sole, essendo aggravate le condizioni il b. viene ricoverato in ospedale: una seconda P. L. dà:
L. C. R. fibrinoso che lasciato a sè fa ragnatela.
Cellule 320 per mmc.
Albumina: gr. 0,75 ‰.
Boveri + in 1'25"; Pandy ++; Nonne-Apelt ++; Weichhrodt +.
Glicorochia: gr. 0,40 ‰.
Reazione di Wassermann:
Col L. C. R. fresco: — con 0,1; + con 0,2; ++ con 0,5; +++ con 1 cm.
Col L. C. R. inattivato: — con 0,1; + con 0,2; + con 0,5; ++ con 1 cmc.
Benzoino colloidale 2222200000222000.

Viene istituita una intensa cura antiluetica, eseguendo in 25 giorni 15 frizioni di unguento cinereo e iniettando 50 centgr. di novarsenobenzolo (il bambino pesa kgr. 8.500) e 4 cmc. di allosan.

Il 17 giugno alla fine di questo intenso periodo di cura il L. C. R. ha i seguenti caratteri:
Liquido limpido ma ricco in coaguli fibrinosi e formante ragnatela.
Cellule 194 per mmc.
Albumina: gr. 0,50 ‰.
Boveri + in 2'10".
Pandy ++; Nonne-Apelt +; Weichhrodt .
Glicorachia: gr. 0,34 ‰ (al Pary-Sahli).
Reazione di Wassermann:
Col L. C. R. fresco: — con 0,1; + con 0,2; ++ con 0,5; ++ con 07; +++ con 1,0.
Col L. C. R. inattivato: — con 0,1; — con 0,2; + con 0,5; + con 0,7; ++ con 1,0.
Benzoino colloidale 2210022222200000.

Le condizioni cliniche sono anche leggermente migliorate nel senso che pur perdurando invariata l'idiozia sono diminuiti di numero e di intensità le convulsioni.

Si continua la cura ambulatoriamente eseguendo 6 iniezioni di Trepol e 10 frizioni di unguento mercuriale: alla fine di questa cura, il 19 luglio 4ª puntura lombare:
L. C. R. limpido con rari coaguli fibrinosi.
Cellule 71 per mmc. (90 % linfociti, 3 % polinucleati, 7 % cellule endoteliali).
Albumina: gr. 0,40 ‰.
Boveri + in 3'30".
Pandy +; Nonne-Apelt + debole; Weichhrodt ±.
Reazione di Wassermann:
Col L. C. R. fresco: — con 0,1; + con 0,2; ++ con 0,5; +++ con 1,0.
Col L. C. R. inattivato: — con 0,1; — con 0,5; — con 1,0.
Benzoino colloidale 1220012221000000.

Dopo altri due mesi in cui il bambino fu curato a domicilio abbastanza regolarmente con frizioni mercuriali e con preparati mercuriali per os, 5ª puntura lombare il 27 settembre 1923.
L. C. R. limpido.
Cellule 84,7 per mmc.
Albumina: gr. 0,40 ‰.
Pandy +; Boveri + in 4'; Nonne-Apelt debolissima e tardiva (compare in 3'); Weichhrodt —.
Reazione di Wassermann:
Col L. C. R. fresco: — con 0,1; + con 0,2; ++ con 0,5; +++ con 1,0.
Col L. C. R. inattivato: — con 0,1; — con 0,5; — con 1,0.
Benzoino colloidale 1110012211000000.

Condizioni generali invariate: le convulsioni sono alquanto più rare, anche perchè il b. viene tenuto costantemente sotto l'azione di 4 centgr. al dì di luminal. I parenti, paghi di ciò, sospendono ogni cura: il 21 febbraio 1924 ho potuto eseguire ancora una puntura lombare col seguente esito:
L. C. R. fibrinoso con numerosi coaguli.
Cellule 666 per mmc.
Albumina: gr. 0,8 ‰.
Boveri + in 30".
Pandy +++; Nonne-Apelt ++; Veichhrodt +.
Reazione di Wassermann:
Col L. C. R. fresco: + con 0,1; ++ con 0,2; +++ con 0,5; +++ con 1,0.
Col L. C. R. inattivato: — con 0,1; ++ con 0,25; +++ con 0,5; +++ con 1,0.
Benzoino colloidale 2221002222100000.

Da allora in poi non ho più visto il bambino.

Questo caso che può riuscire interessante per lo studio dei reperti del liquor seguiti per un notevole lasso di tempo e messi in rapporto con le cure fatte è, a parer mio, da catalogare fra le meningo-encefaliti eredoluetiche diffuse ma non nelle paralisi progressive infantili: a parte la precocità dell'epoca di comparsa che non avrebbe nessun riscontro nella letteratura (Takeouchi cita come caso più precoce un caso, il suo, iniziato a 4 anni e Schmidt Kraepelin su 54 casi personali ne ha uno iniziato a 1 anno e mezzo che riconosce però essere un errore di diagnosi e quindi cita come vero primo caso uno dell'età di 7 anni) contraddirebbero con questa diagnosi le variazioni del reperto del liquor sotto l'influenza della cura specifica, variazioni che non han riscontro con quanto si trova nell'adulto anche nel periodo di remissione clinica (11).

Concludo perciò anch'io questa discussione con le parole di Bezy e Riser: « verosimilmente il nostro malato è affetto da una meningo-encefalite sifilitica diffusa predominante a livello della corteccia... ma queste lesioni non sembrano avere i caratteri d'intensità profonda e progressiva della vera paralisi generale », ed esso dimostra quindi che « esistono nel bambino eredoluetico come nell'adulto delle forme di transizione tra i diversi tipi di meningo-encefalite luetica ».

***

L'altro punto a cui voglio accennare più sommariamente in questa discussione è il problema della patogenesi della neurolue in quanto può contribuirvi il nostro caso considerato come esempio tipico di neurolue famigliare (madre tabetica, figlio paralitico progressivo da eredolue).

Tale questione discussa già *ab antiquo* da Fournier, Nonne, ecc., oggi è diventata tanto più interessante in quanto Levaditi e A. Marie (14) nel 1919 aggiunsero ai dati delle osservazioni cliniche argomenti dedotti dallo studio culturale e biologico di diversi ceppi di spirocheti: in conclusione Levaditi sostiene che la neurolue sia causata da speciali ceppi (neurotropi) di treponemi, mentre però non mancano autori, batteriologi e clinici di grande valore, che non ritengono provata una tale supposizione e che pensano invece che a causare predisposizione alla sifilide nervosa contribuisca non uno speciale organotropismo del virus ma una speciale predisposizione costituzionale del terreno [vedi discussione alla riunione annuale della Société de Neurologie del 1920 (15) e vedi specialmente Sézary (16)].

Gli argomenti clinici su cui si basano essenzialmente i cosidetti dualisti (coloro cioè che credono ai 2 speciali ceppi di spirocheti) sono di 4 ordini: 1) esito in paralisi progressiva o tabe di sifilidi coniugali; 2) esito in paralisi o tabe delle sifilidi acquisite alla stessa fonte; 3) esito in neurosifilide delle sifilidi famigliari; 4) rarità dell'esito in neurosifilide delle sifilidi tropicali.

Io non discuterò qui di questi singoli argomenti anche perchè su di essi ha recentemente fatto oggetto di discussione il prof. Frigerio in un lucido articolo (17) che anzi fu lo stimolo che mi indusse a questa comunicazione: contrariamente ai casi di neurolue coniugale che sono ormai abbastanza numerosi, i casi famigliari sono rari e Frigerio dice che paiono essere di una estrema rarità e nota che Levaditi ne ricorda uno solo, di Marie e Beaussart: io nelle mie ricerche bibliografiche, pur molto affrettate, ne ho trovati parecchi: Rohden (18) su 70 famiglie di P. g. p. trova in 19 % segni di lesioni sifilitiche dei centri nervosi nei discendenti; Claude e Gautier (19) pubblicarono un caso di P. pr. giovanile nel figlio di una tabetica: Baudoin e Lévy-Valensi (20) un caso di P. pr. giovanile nella figlia di genitori paralitici; Vorbrodt (21), Mendel (22) altri casi analoghi e Schmidt-Kraepelin su 40 casi di P. pr giovanile ne cita tre in cui uno dei genitori aveva presentato paralisi progressiva e tre in cui uno aveva presentato tabe: ma a questi pochi casi occorre opporre i moltissimi tra cui i 3 esposti da Frigerio di P. pr. giovanile in cui manca ogni altro caso di lues nervosa in famiglia, ed il caso recentissimo di Sézary e Margeridon (23) in cui la figlia di una madre tabetica presentò manifestazioni esclusivamente cutanee e mucose (sifiloderma, gomma del palato, cheratite).

Inoltre — come giustamente osserva Frigerio — anche davanti ad un caso di neurolue famigliare come il mio, come si può sostenere che esso parli in favore dell'esistenza di uno speciale spirochete neurotropo?

Non si può invece spiegarlo ammettendo una speciale predisposizione costituzionale famigliare nel senso di una particolare morbilità dei centri nervosi?

Come si vede in tale tanto controversa questione poco di nuovo può aggiungere il mio caso, non per questo meno interessante: ma gli è che tale problema è ancora ben lontano dal poter essere risolto.

AUTORIASSUNTO.

L'A. espone un caso di paralisi progressiva giovanile eredoluetica osservato in un giovane ventiquattrenne la cui madre aveva in vita presentato una tabe: insiste sui caratteri di questa P. pr. giovanile eredoluetica e specialmente sui caratteri delle alterazioni psichiche (demenza globale e progressiva con esito in idiozia completa, senza delirii, senza illusioni, senza euforia) che spiegano la facilità con cui questa forma morbosa viene misconosciuta e confusa con la demenza precoce, con la idiozia solita e financo con la nevrastenia (come nel suo caso).

Discute sui rapporti che la P. pr. giovanile ha con le meningo-encefaliti eredoluetiche di cui espone un caso accuratamente studiato e sul contributo che il caso, considerato come caso di neurolue famigliare, porta alla dibattuta questione della patogenesi della sifilide nervosa.

Novara, 7 maggio 1925.

BIBLIOGRAFIA.

(1) RÉGIS. *Syphilis et paralysie générale.* Archives cliniques de Bordeaux, juillet 1892.

(2) GUDDEN. *Zur Aetiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse mit besonderer Berucksichtigung des Traumas und der in jügendlichen Alter vorkommenden Fäble von Paralyse.* Westphal's Archiv., 1894, Bd. 26, H. 2.

(3) ALZHEIMER. *Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse.* Allg. Zeitschrift für Psych., 1896, Bd. 52, H. 3, p. 553.

(4) M. THIRY. *Sur la paralysie générale progressive dans le jeune âge*, 1898.

(5) FRÖHLICH. *Ueber allgemeine progressive Paralyse der Irren vor Abschluss der Körperlichen Entwicklung*. Inauguraldissertat., Leipzig, 1901.

(6) KLIENENBERG. *Ueber die juvenile Paralyse*. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1908, Bd. 65, p. 936.

(7) TONI SCHMIDT-KRAEPELIN. *Ueber die juvenile Paralyse*. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie, 1920, Bd. 20.

(8) WOLLBURG. *Ueber Dementia paralytica im jugendlichen Lebensalter*. Inauguraldissertation, Kiel, 1906.

(9) P. MARIE. *Un cas de paralyse générale progressive*. Soc. clinique de médecine mentale, Séance du 21 février 1921.

(10) BRIAND et CH. REBOUL-LACHAUX. *Hérédo-spécificité et paralysie générale infantile*, Soc. clin. de méd. mentale, Séance du 18 juillet 1921.

(11) M. ARTOM e P. FORNARA. *L'influenza dell'inattivamento sulla reazione di Wassermann del liquido cefalo-rachidiano*. Rivista di patologia nervosa e mentale, vol. XXIX, Fr. 3-4, marzo-aprile 1924.

(12) K. TAKEOUCHI. *Un cas de démence paralytique infantile*. Archives de médecine des enfants, n. 5, mai 1924, p. 280.

(13) P. BEZY et RISER. *Méningo-encéphalite syphilitique simulant la paralysie générale*. Archives de méd. des enfants, n. 2, février 1925, p. 109.

(14) C. LEVADITI et A. MARIE. *Étude sur le tréponème de la paralysie générale*. Ann. de l'Institut Pasteur, vol. 33, n. 11, novembre 1919, p. 741.

(15) *Société de Neurologie de Paris*. Réunion neurologique annuelle, 9-10 luglio 1920. Revue neurologique, n. 7, juillet 1920.

(16) A. SÉZARY. *La pathogénie des affections nerveuses parasyphilitiques et la doctrine du virus neurotrope*. Revue neurologique, t. II, n. 5, novembre 1923, p. 414.

(17) A. FRIGERIO. *Su la patogenesi della paralisi progressiva, ecc.* Minerva medica, n. 9, 31 marzo 1925, p. 269.

(18) V. ROHDEN. *Ueber die Pathologie der Paralytikerfamilien*. Zeitschrift fur die gesanite Neurologie und Psychiatrie, Bd. 37, H. 1/2, 1917.

(19) CLAUDE et GAUTIER. *Un cas de paralysie générale infantile avec héhédité maternelle tabétique*. Société de Psychiatrie de Paris, Séance du 16 juin 1910; L'encéphale, vol. 5, n. 2, 1910, p. 80.

(20) A. BAUDOIN et J. LÉVY-VALENSI. *Paralysie générale juvénile chez une malade dont le père et la mère sont morts de paralysie générale*. Société de Psychiatrie de Paris, Séance du 16 juin 1910; L'encéphale, vol. 5, n. 2, 1910.

(21) VORBRODT. *Zur Kenntnis der familiarer Paralyse*. Deutsche medizinische Wochenschrift, n. 15, 1912.

(22) MENDEL. Citato da MAX NONNE. *Syphilis und Nervensystem*, 1921, p. 168.

(23) A. SÉZARY et MARGERIDON. *L'unicité du virus syphilitique. Kératité et gomme perforante du palais chez la fille d'une tabetique*. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp., Séance du 3 avril 1925, n. 13, 9 avril 1925, p. 562.

OSPEDALE GRANDE DEGLI INFERMI DI VITERBO
diretto dal Prof. ROMEO RICCI.

Un caso di sifilide terziaria febbrile

per il dott. ANTONIO BACHECA, assistente.

Antonietta M., di Borbona, di anni 27, maritata, donna di casa. Padre morto di tubercolosi polmonare; madre e fratelli viventi e sani.

La paziente, nata a termine da parto eutorico, ebbe allattamento materno. Visse in ambienti igienici, si alimentò sempre a sufficienza, non ebbe abitudini nocive. A 14 anni si iniziarono le mestruazioni, che furono sempre regolari; a 19 si maritò con un uomo apparentemente sano e non ebbe gravidanze. Soffrì i comuni esantemi dell'infanzia e a 16 anni fu operata per appendicite. Nell'adolescenza e nella gioventù andò soggetta a frequenti bronchiti. Dal settembre 1923 ha notato, senza disturbi soggettivi, modiche febbri intermittenti serotine, che si iniziavano talvolta con brividi e rimettevano sempre con sudori. Nel maggio 1924 incominciò a notare come un continuo senso di peso all'epigastrio e si accorse che una tumefazione si andava profondamente sviluppando in tale regione. Nell'ottobre, dietro consiglio di un sanitario, soggiornò per circa un mese in montagna, ove la febbre continuò, ma a tipo mattutino. Sospese intanto le cure, già inutilmente usate, di chinino e di mistura Baccelli ed iniziò cure arsenicali e per circa una ventina di giorni la febbre scomparve. Ritornò poi in città, ove (a detta della paziente), in seguito a raffreddore la febbre riapparve nel suo tipo serotino. Negli ultimi periodi si sono aggiunti, specie nelle ore di sera, dolori gravativi alla regione temporale destra e alle tibie e disturbi faringei nella deglutizione. Alvo e urinazione regolari. Il 16 aprile 1925 chiese ricovero al nostro Ospedale.

All'*esame obiettivo* presentava: condizioni generali buone; sensorio integro; decubito indifferente. Costituzione: normotipo. Sviluppo e conformazione del sistema osseo regolari. Masse muscolari bene sviluppate. Pannicolo adiposo discretamente conservato. Cute di colorito pallido; non efflorescenze, nè edemi. Micropoliadenopatia bilaterocervicale, nucale e biinguinale. Motilità facciale normale. Pupille reagenti alla luce. Dentatura sana; lingua detersa. Nulla a carico della mucosa orale e faringea. Nulla di notevole per gli organi dell'udito e dell'olfatto. Riflessi cutanei, tendinei e periostei normali.

Apparato respiratorio. Torace ben conformato e simmetrico; tipo respiratorio prevalentemente costale; numero di respirazioni al minuto 18. Fremito vocale tattile normale nelle varie regioni del torace. Suono chiaro nelle due metà toraciche; basi espansibili. Nulla di patologico nell'ascoltazione in tutto l'ambito polmonare.

Cuore. L'ottusità relativa giunge in alto al 2° spazio intercostale, a destra sulla marginale destra dello sterno. L'itto si palpa al 5° spazio intercostale, all'interno dell'emiclaveare. 1° tono impuro alla punta; 2° tono lievemente rinforzato sulla polmonare. Polso: ritmico; numero di pulsazioni al minuto 82; pressione e celerità normali.

Addome di conformazione regolare, trattabile, indolente, non meteorico. Nella regione epiga-

strica, mediante la palpazione profonda, si apprezza una tumefazione rotondeggiante, della grandezza di un arancio, di consistenza dura, a limiti distinti, che si estende sino in vicinanza del bordo costale sinistro e che non si sposta con i movimenti inspiratori; è indolente. In corrispondenza di tale tumefazione si trasmette una lievissima pulsazione sincrona col polso.

Fegato e milza nei limiti normali.

Nulla di notevole a carico dei genitali esterni ed interni.

Esame dell'urina; assenza di albumina e di zucchero.

L'esame radioscopico, eseguito dal prof. Coleschi, ha dato il seguente referto: nulla a carico dei polmoni. La tumefazione palpabile dà ombra visibile a contorni netti e pulsazione non espansiva. L'ombra è situata all'epigastrio, al di sopra dello stomaco, che non presenta punti di compressione. Si sposta leggerissimamente alla pressione e non appartiene certamente al fegato.

Cutireazione di Pirquet: debolmente positiva.

Esame del sangue in rapporto alla malaria: assenza di parassiti.

Esame morfologico del sangue: globuli rossi 4.600.000, globuli bianchi 8000, emoglobina 0.42, valore globulare 0.47, polinucleati 62.60 %, linfociti piccoli 20 %, linfociti grandi 6.65 %, mononucleati 5.35 %, eosinofili 1 %, basofili 0.55 %.

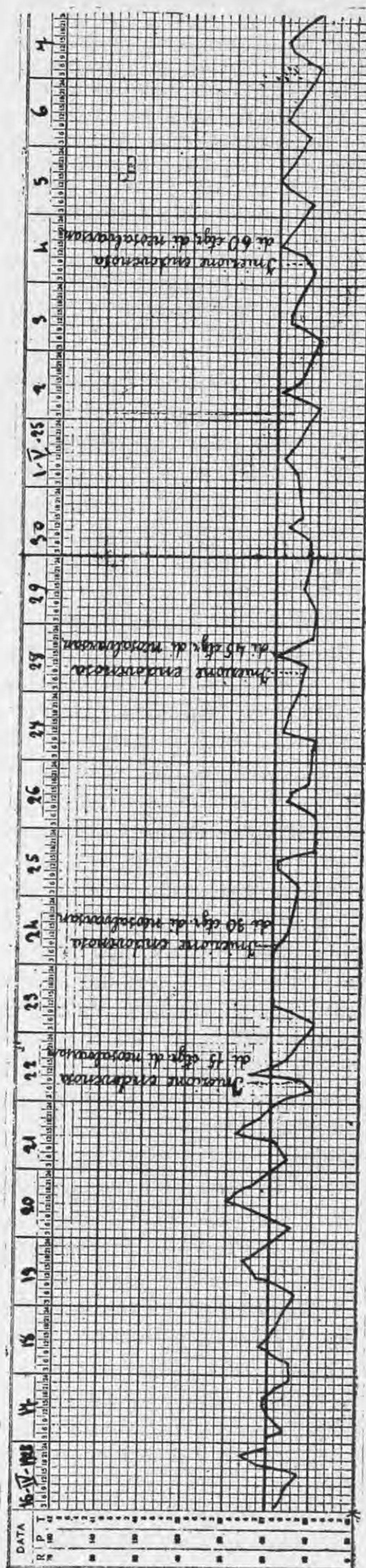
Reazione di Wassermann eseguita secondo il metodo originario con 2 antigeni, uno acquoso ed uno alcoolico colesterinato; positiva completa.

La paziente ricorse nel lungo decorso della sua malattia a vari sanitari e nei primi mesi di tale malattia gli esami clinici non debbono essere stati scevri di difficoltà.

Allo stato attuale, dato il carattere della febbre, si poteva pensare a varie malattie. Si affacciava tra le prime la possibilità di un'infezione malarica; ma la paziente era sempre vissuta in luoghi salubri, non presentava tumore di milza, nè parassiti nel sangue e la febbre era continuata per un anno e mezzo malgrado le intense cure chininiche. Così pure per una febbre maltese si opponeva l'assenza di tumore di milza e la costante uniformità della febbre per tutta la malattia. Una tubercolosi, forse una forma ghiandolare interna, non poteva escludersi per i precedenti ereditari e per il tipo etico delle elevazioni febbrili, ma erano contrari lo stato apparentemente buono della paziente, l'esame radioscopico negativo del torace e la cutireazione appena debolmente positiva. Stavano contro l'ipotesi di un'endocardite l'assenza di pregressi reumatismi o altre infezioni; era però presente un lieve aumento dell'aia cardiaca, un'impurità del primo tono mitralico ed un rinforzo del secondo polmonare. Essendosi intanto unita alla febbre la tumefazione palpabile all'epigastrio, si estendeva ancora di più il campo delle ipotesi. Non era però il caso di pensare ad un neoplasma di qualsiasi natura e di qualsiasi sede o ad una semplice cisti da echinococco per il decorso sempre uniforme della malattia e per le condizioni generali costantemente buone. Per una cisti suppurata era lungo il decorso e mancavano imponenti fenomeni generali. Così non si poteva pensare ad un aneurisma per la febbre e per l'assenza di netta pulsazione espansiva, fremito e fenomeni ascoltatori.

Quando la paziente giunse alla nostra osservazione, dato il quadro così complesso e la pre-

Data: 16-IV-1925, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 1-V-25, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Iniezione endovenosa di 15 cgr. di neosalvarsan
Iniezione endovenosa di 30 cgr. di neosalvarsan
Iniezione endovenosa di 45 cgr. di neosalvarsan
Iniezione endovenosa di 60 cgr. di neosalvarsan

senza di micropoliadenopatia, fra tutti gli esami clinici fu dato grande valore alla reazione di

Wassermann. E questa fu positiva: dunque la paziente era un soggetto luetico. Conveniva ora indagare se la lues fosse stata la vera ed unica infezione, che si presentava con una sindrome così complessa, o se fosse anche concomitante ad una diversa imprecisabile malattia. La lues era certamente presente; era quindi dovere del medico curarla; se poi la lues fosse stata l'unica infezione, che causava queste ostinate elevazioni febbrili ed un'anemia così intensa, la cura ci avrebbe condotti ad una diagnosi ex juvantibus. Il 22 aprile fu iniziata la cura arsenobenzoica; il 23 aprile la temperatura raggiunse come massimo 37° e da tale giorno la febbre etica veniva finalmente troncata. I vari disturbi accusati dalla paziente sono andati scomparendo, come anche va riducendosi progressivamente la tumefazione all'epigastrio.

Il nostro caso è oltremodo interessante per il lungo decorso della malattia, per la sua complessa sintomatologia, per la febbre resistente a tutti gli antitermici prescritti e per la rapida azione della cura antiluetica. Due fatti salienti si notarono nella nostra paziente, che fuorviarono vari medici dalla giusta diagnosi; la tumefazione all'epigastrio e la febbre.

Per la tumefazione è ormai dubbio essere dovuta ad un granuloma sclerogommoso, in sede non bene precisabile, risultando indipendente dallo stomaco e dal fegato. Leyden e Klemperer dicono che nella sifilide tardiva si trovano frequentemente neoformazioni, che, se non sono modificate da intervento terapeutico, a poco a poco degenerano in gomme e coinvolgono il tessuto ambiente — vasi, connettivo e parenchima, — nel processo distruttivo e così conducono a guasti irreparabili, colmati nei casi più felici da tessuto cicatriziale. Secondo Martelli pseudoneoplasmi sifilitici e infiltrazioni sclero-gommose sono frequenti nello stomaco, colon, rene, vescica, utero, mammella, ecc. Per quanto buona sia la prognosi in tali casi, il tumore può talora trovarsi in una fase sclerosa e quindi poco suscettibile di cure oppure può associarsi ad un vero tumore maligno. Quarta trovò all'autopsia di una donna, in cui fu intrapresa troppo tardi la cura antiluetica, oltre un'arterite luetica in vari vasi e gomme multiple al cervello, fegato ed altri organi, una peritonite sclerogommosa ed una gomma grossa quanto un nuovo di gallina, che si partiva dal peritoneo periepatico. Georges Haymen riporta un caso in cui era stato diagnosticato cancro dello stomaco; nonostante la Wassermann negativa, fu iniziata una cura di benzoato di mercurio e i dolori ed il tumore scomparvero.

Riguardo alla febbre ben poco si tiene conto dei rapporti, che questa può avere con la lues. Può essere presente raramente nel periodo primario, a tipo continuo, con elevazioni di 37.5-38°. Più frequentemente si ha nel periodo secondario, con il tipo della febbre da eruzione di Fournier o, secondo Chiray, Conry e Marcel Pinard, somigliando a febbre tifoide. Secondo Glaser la febbre sifilitica si ha nel 20 % dei casi di sifilide secondaria.

Maggiore importanza ha la febbre della sifilide terziaria. Secondo la maggioranza degli autori è frequente nelle manifestazioni del fegato, cistifellea, milza, reni, testicoli, ossa, laringe, pleure, polmoni, sistema nervoso; non nelle forme del cuore, vasi, stomaco, intestino. Nelle forme articolari la febbre è ammessa da Marcel Pinard, Glaser, Favre e Contamin, Schlesinger, Huzar: è negata da Chiray e Conry. Può aversi anche nelle lesioni meningo-encefaliche specifiche, nel'a tabe dorsale e paralisi progressiva.

Abbiamo varie classificazioni di febbri sifilitiche terziarie. Riguardo al tipo Martelli le divide in: 1) atipica o indeterminata; 2) continua e subcontinua tifosimile; 3) intermittente similmalarica; 4) continuo-remittente febbricolare; Futcher, Huter e scuola inglese in: 1) mite e continua; 2) remittente; 3) intermittente serotina; Mauriac, Rollet e scuola francese in: 1) intermittente; 2) continua; 3) vaga. Più frequentemente si osserva il decorso dell'atipica del Martelli. Riguardo alla natura della febbre si ha la classificazione di Favre e Contamin in: 1) concomitante e 2) essenziale; quella di Martelli e di Fournier e sua scuola in: 1) sintomatica, dovuta cioè alle infiltrazioni gommose e 2) idiopatica e diatesica, dipendente esclusivamente dalla tossiemia sifilitica, senza localizzazioni apparenti.

Molto discussa è la patogenesi della febbre sifilitica terziaria. V'è una teoria, la quale ammette che focolai gommosi immettono in circolo sostanze pirogene, che vanno poi ad agire sui centri nervosi (Grocco, Gherardt). Secondo altri (Iacobi, Anderson) la febbre è dovuta all'assenza di immunità, alla ipersensibilità organica, ed alla ipervirulenza dell'infezione. Altri (Ceconi, D'Amato, Chiray e Conry) l'attribuiscono alla treponemolisi e consecutiva tossiemia sifilitica.

La prognosi non può dirsi infausta, permettendo, se non sopraggiungono gravi lesioni organiche, di continuare anche per anni le proprie occupazioni. La durata è di solito legata all'inizio della cura. Schlegemann riferisce di un caso in cui fu fatta diagnosi, e quindi iniziata la cura, 18 anni (!) dopo l'inizio delle febbri. Campana ritiene che un processo infettivo acuto possa talvolta troncare la febbre luetica.

Casi di febbre sifilitica terziaria furono notati e studiati da Futcher, Piccinini, D'Amato, Ciaccio e Sulco, Ceconi, Tordon (3 casi febbrili su 8 di sifilide terziaria), Vaharam, Bialokour, Justo

Montes Pareia, Maggesi, Bauer, Schlesinger Kraus, Cataldi, Chiadini, Hermann, Edwards, ecc.

Sono da distinguere dalle febbri sifilitiche le febbri sifiloterapiche, dovute cioè all'inizio della cura antiluetica, sia mercuriale, sia arsenobenzoica. Sono pur esse, secondo Marcel Pinard, dovute alla reazione del treponema.

Essendo la sifilide una delle poche malattie, contro cui l'Arte Medica dispone di medicamenti specifici, non v'è chi non comprenda la necessità di fare sempre di tale malattia una diagnosi precoce. Diagnosticare un'infezione luetica significa non perdere tempo prezioso per inutili cure e tanto meno per inopportuni interventi chirurgici. Arrestare un'infezione luetica significa risparmiare al paziente un lungo tempo di sofferenze ed evitare le gravi lesioni tardive e le affezioni metasifilitiche. In ogni malato, quando la reazione di Wassermann risulti positiva, sia o non sia la lues la causa della malattia in atto, conviene sollecitamente iniziare la cura specifica. Kraus riferisce che in un anno giunsero al suo sanatorio ben 4 malati inviati come tubercolosi, con Wassermann positiva, e che, dopo una cura atiluetica, uscirono dal sanatorio completamente guariti! Troppo spesso si dimentica la lues, mentre, come osserva Decreton, nei grandi centri 1/5 della popolazione è colpita da tale malattia. Occorre sempre indagarla con l'anamnesi, con i mezzi di laboratorio e talvolta con la ricerca ex juvantibus. Occorre tener presente che oggi disponiamo di un validissimo mezzo d'indagine, la reazione di Wassermann, utilissima specialmente se eseguita a circa 15 giorni dalla riattivazione della lues, introdotta da Milian, da Renaud, Bergeron e Jouffray, mediante una serie di 5 iniezioni intramuscolari di solfo e mercurio colloidale, praticate ognuna con 3 giorni d'intervallo.

È il motto di Boerhave: in dubiis suspice luem. E Baglivi aggiunge che in una febbre, quando ignorasi di che si tratta, è utile sospettare l'infezione luetica. E Martelli ancora: nelle febbri insidiose, oscure e ribelli, come constatarono anche gli antichi, la sifilide può essere l'unica causa. E, come bene ammoniscono i francesi, trattandosi di sifilide, l'incredibile diventa reale.

Viterbo, 10 maggio 1925.

BIBLIOGRAFIA.

E. EICHHORST. Patologia e terapia speciale medica, vol. IV.
E. LEYDEN-F. KLEMPERER. La Clinica contemporanea, vol. X.
GAUCHER. Annales des maladies vénériennes, marzo 1916.
GLASER. Berlin Klin. Woch., T. L., n. 26, 1913.
G. QUARTA. *Caso atipico di sifilide viscerale*. Rivista Ospedaliera, 1915, pag. 549.
Archiv fur Dermatologie und Syphilis, CVIII, 1911, p. 513.
MARCEL PINARD. Journ. de médecine, 10 mai 1922.
FAVRE e CONTAMIN. Ibid., 20 mai 1923.
M. A. VAHARAM. La Presse méd., 15 fév. 1917.
M. A. GEORGES HAYEM. Ibid. 2 mars 1916.
CHIRAY et CONRY. Ibid., 28 déc. 1921.
G. GAUSSADE, A. LÉVY-FRAENCKEL et J. PEYNET. Ibid., 7 mai 1924.
DECRETON. Annals of Surgery, fasc. VII, 1917.
L. CH.-M. F. BIALOKOUR. Prakt. Vratch., 7 novembre 1910.
JUSTO MONTES PAREIA. Revista med. del Uraguay, n. 12, 1922.
MAGGESI. Rivista crit. clin. med., n. 22, 1921.
HUGO KRAUS. Wiener klin. Woch., n. 49, 1913.
P. CATALDI. Il Policlinico, Sez. prat., 6 settembre 1914, p. 1925.
CIADINI. Ibid., 25 genn. 1924, p. 124.
HERMANN. Med. Klin., 1910, n. 26.
EDWARDS. Amer. Journ. of. the Med. Sc., oct. 1910.
FUTCHER. Pew J. M. J., 22 giugno 1901.
G. PICCININI. G. O. C., 1908.
CAMPANA. *Dei morbi sifilitici e venerei*, 1889.
C. MARTELLI. *La sillide ignorata e strana*, 1923.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO
SEZIONE MEDICA - Dott. ZUCCÒLA.

Sindrome luetica iperpiretica e meningite.

Dott. G. MONATERI.

Fatti simili a quello che intendo rendere noto non sono elencati con troppa frequenza nella letteratura medica, e quantunque la casistica tenda ad arricchirsi giornalmente di nuovi contributi, pur tuttavia molto di oscuro rimane sulla patogenesi della sindrome: le manifestazioni febbrili luetiche pur essendo stato oggetto di varie ipotesi permangono le meno note presentando per il pratico il massimo interesse potendo assumere gli aspetti più sconcertanti, mentire altre forme morbose, mentre la loro natura può essere celata dalla negatività delle indagini anamnestiche, cliniche e biologiche.

Se nel periodo terziario possiamo sorprendere movimenti febbrili provocati da un fatto anatomico, febbri secondarie ad alterazioni che balzano in primo piano a costituire il nucleo sintomatico principale dell'affezione (e in tal caso con maggior precisione si deve parlare di manifestazioni sifilitiche epatiche polmonari, ecc., con febbre), alle volte queste elevazioni termiche non sono suffragate da lesioni clinicamente dimostrabili: queste febbri sifilitiche idiopatiche (forme pure del Martelli) sono appunto quelle che più

cimentano il diagnostico potendo assumere il decorso più vario e più inaspettato mentendo una quantità di altre forme morbose.

Ne è prova l'inanità dei tentativi di classificarle, poichè l'assenza di tipicità ed il polimorfismo più spiccato ne formano una delle precipue caratteristiche; anche quelle che con una certa esattezza possono allogarsi fra le tifo-simili, le malario-simili, ecc.; pure molte volte nell'evolversi del decorso si scostano dal quadro iniziale, sì che non possono mantenersi nella primitiva classifica. Per ciò sembra a pieno giustificata la denominazione di febbri indeterminate (Martelli).

Non è mio intendimento addentrarmi nella patogenesi di queste febbri, accennerò soltanto come la teoria meglio accetta sia quella della tossiemia luetica (Albano, D'Amato, Vesphalen, Ceconi, Martelli) per eccitazioni dei centri pirogeni, essendo omai sorpassata quella che le mette in conto di lesioni organiche, di fatti attivi per lo più gommosi localizzati prevalentemente nel fegato (Gherardt, Grocco) o nel cervello (Gand) o nelle ossa (Ravogli) o anche nella milza, ghiandole linfatiche, organi emopoietici (Hermann); e quella che ritiene dipendere da una mancata immunità acquisita (Jacobi), da una speciale ipersensibilità organica (Rosenam, Anderson) o ancora da un'infezione ipervirulenta in individui privi di immunità (Neumann).

A tutto ciò ho voluto accennare per meglio richiamare l'attenzione sul caso che presento, degno di nota per le particolarità del decorso clinico, per il silenzio anamnestico su di una pregressa infezione e per l'assoluta mancanza di reperti che al contrario comparvero tardivamente a cura già avanzata.

M. M., d'anni 26; nel gentilizio un fratello morto per meningite tubercolare. L'anamnestico ricorda le comuni malattie esantematiche dell'infanzia e a 16 anni ileo-tifo. Sposatasi a 20 anni ebbe due gravidanze a termine; i figli rispettivamente di 4 e 2 anni sono normalmente sviluppati. Il marito non ebbe mai manifestazioni luetiche.

La malattia attuale data da quattro mesi (gennaio 1925): si iniziò con un senso di bruciore retrosternale particolarmente evidente dopo le fatiche, talora vero dolore irradiantesi ad entrambi gli arti sup.; dopo qualche tempo incominciò ad accusare cardiopalmo e dispnea. Dopo poco più di un mese avvertì cefalea con esacerbazioni serotine e notturne, vertigini, accentuazione dei dolori retrosternali, comparsa di dolori rachialgici lungo la colonna vertebrale dorsale diffondentisi a cintura. Contro questi dolori che negli ultimi tempi assunsero una notevole gravità vennero esperiti tutti i sussidi terapeutici senza ottenerne alcun benefizio. In due mesi l'a. è dimagrita di 6 kg.

Obbiettivamente (marzo) nulla si nota a carico dei nervi cranici e dei sensi specifici. Polmoni in limiti con suono chiaro e respiro vescicolare ovunque, all'esame radiologico trasparenza normale. Cuore: itto della punta nel V due cm. all'esterno dell'emiclaveare, margine d. alla mediana dello sterno, margine sin. alla punta. Alla ascoltazione primo tono mantenuto coperto e seguito da un lieve soffio che aumenta d'intensità procedendo verso la base con il suo massimo sul focolaio dell'aorta, vibrato il secondo; nulla sulla tricuspide e sulla polmonare. Fascio vascolare retrosternale dilatato (un buon cent. oltre le marginali dello sterno) tanto alla percussione (la quale anche se debole provoca vivo dolore su tutto il manubrio) quanto all'esplorazione radiologica. Polso regolare ritmico frequente (100 al m'.) non celere. Pressione vascolare Mx. 120-130, Mn. 80-85. Addome trattabile indolente. Fegato, margine sup. alla VI, margine inf. 2 dita al disotto dell'arco liscio non dolente. Milza, margine sup. alla VII, inferiore all'arco, margine ant. sull'ascellare ant. polo inf. palpabile nelle profonde inspirazioni 2 dita al disotto dell'arco, globoso indolente uniformemente ingrossato.

Sistema linfatico periferico indifferente. Dolorabilità alla pressione delle prime sette vertebre dorsali con irradiazione segmentaria alle braccia ed al tronco. Riflessi profondi leggermente accentuati, superficiali normali. Non disturbi a carico della sensibilità e degli sfinteri.

Reazione di Wassermann negativa.

Emometria 65-70; gl. rossi 4,200,000; gl. bianchi 7400; val. glob. 0.8. Nulla di speciale all'esame dei preparati colorati.

L'a. era ancora, possiamo dire, in periodo di osservazione quando il 19 marzo improvvisamente venne colta verso le ore 17 da intenso brivido, della durata di un'ora circa seguìto da rialzo termico che in due ore raggiunse i 42°.2. Non ostante la temperatura soggettivamente l'a. non avvertiva alcuna sensazione speciale, appena aumentato il polso (112 al m'.) e il respiro (24 al m'.). Nel giorno susseguente la temperatura scese a 39° per risalire in serata a 42.3 e il giorno dopo a 42.6 dopo una remissione a 38.5.

Nei giorni 22 e 23 i rialzi termici si limitarono a raggiungere i 39.8 e i 39.5 dopo di che la temperatura ritornò alla norma.

Durante questo periodo febbrile l'esame fisico del polmone risultò negativo, negativa la ricerca dei plasmodi della malaria, le prove agglutinanti per il tifo, i paratifi, il melitense, non altrimenti risultarono le culture del sangue ripetute durante ogni acme. Ripetuta la Wassermann dopo riattivazione risultò ancora negativa. I gl. bianchi oscillarono fra gli 8600 e 7000, nessuna alterazione nel rapporto leucocitario.

Quantunque l'anamnestico fosse muto e contro un'eventuale infezione luetica parlassero le ripetute ricerche biologiche, per il carattere della cefalea e dei dolori radicolari esacerbantesi di notte, per l'esistenza di un tumore spodogeno, per i caratteri dell'iperpiressia avutasi indipendentemente da ogni localizzazione, il sospetto di una infezione luetica ignorata trovava per noi non pochi punti di appoggio, di modo che il giorno 23 si iniziava una cura combinata di bismuto e di arsenobenzolo.

Le condizioni dell'a. dai primi tentativi non sembrarono averne grande giovamento e nulla di notevole si notò fino al 30 marzo in cui si aveva un nuovo accesso di iperpiressia (42.4) che il giorno susseguente spontaneamente cedeva a 40.5 e il 1° aprile a 38°. Inutile che io ripeta come tutti i mezzi diagnostici già una volta impiegati siano stati nuovamente esperiti con esito nullo. Non si desistette con ciò dalla via intrapresa.

Il giorno 4 notandosi una notevole accentuazione della cefalea e dei dolori radicolari, fattisi continui, intensissimi e ribelli, si decise una puntura lombare: questa diede esito a liquido limpido, fuoriuscente con forte pressione, che non formò tela di ragno con un contenuto in albumina pari al 0.65 ‰, riducente intensamente il Fehling e nel cui sedimento si riscontrarono abbondanti elementi linfocitari. La reazione di Wassermann fu intensamente positiva (+ + +).

Quantunque venissero estratti pochi cmc. di liquido la puntura determinò una reazione meningea violentissima: dopo poche ore la cefalea aumentò ancora d'intensità tanto da strappare alte grida; comparvero vomiti continui, infrenabili, fotofobia, Kernig, rigidità della colonna mentre i dolori rachialgici si esacerbavano ancor più. Le pupille leggermente anisocariche reagivano alla luce ed all'accomodamento, si notò caduta della pelpebra e paresi del facciale inf. di destra, polso raro (56 al m'.), non però disturbi a carico degli sfinteri. La coscienza si mantenne integra.

I riflessi tendinei erano accentuatissimi con tendenza al clono, i superficiali deboli. Dermografismo evidentissimo, tendenza a decombere sul fianco con arti ripiegati.

Queste condizioni durarono invariate 4 giorni con brevi periodi di relativa calma, dopo andarono progressivamente attenuandosi fino a scomparire del tutto. Residuarono quasi immutati i dolori retrosternali.

Il giorno 6 si pratica una nuova reazione di Wassermann sul sangue e questa volta con esito debolmente positivo (+). Il giorno 7 dopo lunghe insistenze da parte nostra e altrettante esitanze da parte del marito dell'ammalata si può esaminare il sangue di lui con esito nettamente positivo (+ + +).

Si riprende la cura iniziata e a combattere i dolori rachialgici si consigliano lungo il rachide frizioni di unguento cinereo. La reazione di W. sul sangue viene ripetuta il giorno 12 con esito ancor più evidente (+ + +), il giorno 19 (+), infine il giorno 28 in cui dà risultato negativo. Complessivamente si erano fatte 12 iniezioni di bismuto, 8 iniezioni di arsenobenzolo (gr. 3) e 10 frizioni di unguento mercuriale.

L'a. lasciò l'ospedale dopo 4 mesi di degenza e di cura ininterrotta completamente ristabilita, ne residuò un lieve rumore sistolico sull'aorta, soggettivamente dispnea e cardiopalmo ad ogni fatica.

Il caso come ho già in precedenza rilevato mi è sembrato degno di rilievo per parecchi fatti; innanzi tutto per l'assoluta mancanza di prove sierologiche anche dopo i tentativi di riattivazione, per il grado singolarmente elevato della febbre, per la sconcordanza della prova biologica ripetuta sul sangue contemporaneamente al l. c. r. Osservazioni che dal lato pratico non è chi non ne rilevi tutta l'importanza.

Se non che il caso merita ancora qualche cenno per il modo particolare di insorgere del quadro meningeo, poichè a scatenarlo fu appunto la puntura lombare. E nel caso particolare non poteva trattarsi se non di una meningite di natura luetica: fatta astrazione del risultato dell'esame del liquido c. r. persuadeva al diagnostico innanzi tutto i caratteri della cefalea e delle rachialgie costanti tenaci ad ogni sussidio, continui ma con parossismi serotini e notturni, infine le alterazioni a carico dei nervi cranici: la paresi dell'elevatore della palpebra destra e del facciale inf. dello stesso lato, paresi appena accennate, saltuarie, ciò che è appunto caratteristico della forma luetica (Bronstein, Gray, Barthelemy, Bonnet, Goniot, Milani, ecc.).

E mentre al contrario di quanto si riscontra in forme meningitiche di altra natura, nella nostra ammalata le condizioni psichiche si erano mantenute in tutta la loro integrità, anche nel periodo più acuto mai si notò obnubilamento della coscienza, nè delirio, solo quel tanto di eccitazione che nelle sofferenze fisiche trovava la sua ragione di essere, mentre gli sfinteri si mantenevano integri.

Ancor degno di nota è il grado di iperpiressia raggiunto e che mai fu registrato, che io mi sappia, nel decorso di una complicazione meningea. Quantunque il primitivo concetto che la forma cerebrale non si accompagni mai a rialzi termici si sia radicalmente modificato, pur tuttavia le temperature raggiunte non toccarono mai valori quali i nostri; in alcuni casi (Sommer, Bonnet, Goniot, Martelli) essa coincise coll'inizio della cura. Nel nostro caso essa è sempre insorta come si trattasse di un accesso malarico con brivido intenso (casi di Futtber, Dammert, Piccinini, Ciaccio, Lucibelli, Piergrossi, Martelli) ma, al contrario di quanto in esso avviene, nelle ore vespertine e al contrario ancora a quanto avviene nella forma luetica in cui unicamente si rileva senso di calore (Ceconi, Rist, Baümler, Pariser, ecc.).

Il caso ci consiglia ancora a decidere con molta circospezione sulla specificità o meno di una lesione di fronte ad un reperto biologico negativo anche se ripetutamente interrogato.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN LATERANO IN ROMA
III SEZIONE.

La reazione di Gaté-Papacostas (Formolo-gelatinizzazione) in rapporto alla lues e alle altre malattie.

Dott. GUIDO MILANI, aiuto
degli Ospedali Riuniti di Roma.

Dopo il lavoro di Gaté-Papacostas, i diversi sperimentatori che hanno controllato la reazione, hanno ottenuto risultati notevolmente differenti, tanto, che mentre alcuni di essi attribuiscono alla reazione stessa notevole importanza ed un alto indice diagnostico, altri le negano qualsiasi valore. Così Pauzat trova che essa concorda con la Wasserman nel 28 % dei casi: De Villa e Ronchi 54 %; G. Grosso nell'84.7 %; Versari ha trovato 72 % nelle forme secondarie; nella lues tardiva G. P. 43.33 %; W. R. 33.33 %; P. Prevost 85 %; Boutfiau 98.99 %; Bucke 85 %; Rama Krishan 66.6 %; Levi 61.8 %.

Data la semplicità della tecnica usata dagli autori, ed alla quale gli altri sperimentatori sembra si siano attenuti, ritengo che così disparati risultati debbano essere attribuiti al differente titolo della formalina adoperata. La formalina che si trova in commercio è una soluzione acquosa al 40 % di formaldeide, contenente il più delle volte alcool metilico per stabilizzarla. Tuttavia col tempo queste soluzioni diminuiscono il loro titolo per la tendenza che ha la formaldeide a polimerizzarsi, con formazione di triossimetilene. Così che non si sperimenta più con il 40 % di formaldeide, ma con cifre più o meno inferiori a seconda del tempo in cui la soluzione è stata fatta. Io mi sono messo nelle migliori condizioni di esperimento, adoperando formalina bene titolata, al 40 %, rinnovata spessissimo per avere un titolo più costante possibile, contenuta in boccetta scura a tappo smerigliato, proteggendola dall'azione prolungata della luce e dell'aria, per la quale può subire un impoverimento in formaldeide più o meno notevole. Per quanto riguarda la tecnica, mi sono attenuto scrupolosamente alle seguenti norme. Ho prelevato a digiuno, sterilmente, dalla vena del braccio una mezza provetta di sangue, lasciandolo a temperatura ambiente, chiuso con tappo di cotone fino a completa separazione del siero.

Ho prelevato 1 cmc. del siero separato, passandolo in altra provetta sterile, aggiungendovi con un goccimetro 2 gocce di formalina. Agitato bene per avere una buona mescolanza, ho lasciato le provette a temperatura ambiente, chiuse con tappo di cotone. Non è necessaria la inattivazione del siero, poichè sperimentando con sieri inattivati o non, ho ottenuto gli stessi risultati, così pure non influisce sull'esito della reazione se i sieri adoperati sono recenti o di qualche giorno. Se la reazione è positiva il siero incomincia ad assumere l'aspetto opalescente, perde la fluidità fino a rapprendersi in una massa gelatinosa più o meno consistente. Se invece la reazione è negativa, il siero rimane perfettamente liquido, limpido, o leggermente opaco. Riguardo al tempo in cui s'inizia la reazione, io ho osservato che vi sono sieri fortemente positivi che dopo circa un quarto d'ora divengono di un'opalescenza che va progressivamente aumentando, mentre si rapprendono più o meno rapidamente per aggiungere la gelatinizzazione completa in mezz'ora. Questa gelatinizzazione che si verifica nei casi fortemente positivi, siccome perde l'elasticità così che scuotendola non mostra nessuna vibrazione, toccandola con una bacchetta di vetro o di metallo offre una certa resistenza, e questo carattere rimane inalterato, io la chiamo gelatinizzazione dura, per distinguerla da quella che si ha nei casi non completamente positivi, la quale, pur essendo completa, conserva l'elasticità così che scuotendola si produce un leggiero tremolio e toccandola si penetra facilmente nella massa gelatinosa. La reazione viene influenzata dalla cura specifica, sia fatta di recente, sia appena iniziata. La reazione praticata su sieri di persone sane è stata costantemente negativa. Ogni volta che ho provato un contrasto fra la R. W. e la G.-P., mi sono sempre appellato al criterio clinico, fornitomi dai vari colleghi a cui le malate erano affidate, e quando è stato possibile anche al criterio terapeutico. Poichè con un'anamnesi accuratamente raccolta, il clinico esperto, può fornire un giudizio di valore più alto e più sicuro di qualunque reazione di provetta, che per quanto bene eseguita è soggetta sempre a molteplici, varie e spesso inevitabili cause di errore. Le mie esperienze si basano su 200 malati ricoverati nei vari reparti dell'Ospedale di San Giovanni.

Su 200 sieri ho avuto: 33 W. R. positive, 42 G.-P. positive.

Delle 42 G.-P. positive, 28 erano concordanti con la W. R. (85 %).

Delle 14 G.-P. rimanenti, 3 appartengono a malate che affermano di aver contratto lues, di essere state già in altri ospedali, dove la W. R. fu positiva, e di essere state sottoposte a cure specifiche.

Una si riferisce ad una donna che presenta delle vaste ulcerazioni alla regione antero-esterna delle gambe, 3º inferiore, ulcerazioni mai guarite da 20 anni circa, nè col riposo nè con vari tentativi di

cura Migliorarono e si chiusero con applicazione di pomata mercuriale.

Un altro appartiene ad una donna di circa quarant'anni, nè bevitrice nè ipertesa, senza lesioni cardiache e renali, presenta emiplegia organica destra migliorata con cura mercuriale ipodermica.

Casi 4 con G.-P. positiva appartengono a malati affetti da tumori maligni (epiteliomi ulcerati).

Casi 4 di scarlattina dettero G.-P. positiva.

Positivo fu pure un caso di degenerazione amiloide, 24 ore prima dell'obitus.

Casi 5 che dettero W.-R. positiva la P.-G. fu negativa.

Due malate presentarono G.-P. positiva e la W. R. con lieve ritardo dell'emolisi. Dopo l'iniezione di calomelano, la W.-R. ripetuta fu positiva incompleta. Una delle malate era stata precedentemente ricoverata al Policlinico e aveva avuto due anni prima la W.-R. positiva, ed era stata sottoposta a cura endovenosa. L'altra appartiene a una malata che nega qualsiasi precedente morboso, ma accusa cefalea a tipo notturno e dolori diffusi alle ossa, disturbi scomparsi con la cura specifica.

Praticai inoltre la G.-P. su sieri di malate affette dalle seguenti malattie:

	Sieri	Gaté P
Tubercolosi polmonare accertata in stadio avanzato	35	+ In 2 casi (1)
Malaria acuta e cronica	17	negativa
Tifo	7	negativa
Tumori maligni (epiteliomi)	6	+ in 4
Affezioni epatiche e delle vie biliari con ittero	7	negativa
Scarlattina	5	+ in 3 ± in 1
Morbillo	2	negativa
Degenerazione amiloide	1	positiva
Artrite cronica	2	negativa
Sclerosi a placche	1	negativa
Bronco-polmonite	2	negativa

(1) Uno appartiene a una malata confessa già degente all'Ospedale di S. Gallicano, con W. R. +; l'altro alla donna già descritta che presenta le ulcerazioni degli arti inferiori.

Il restante numero di sieri è di malati che presentano affezioni dell'apparato cardio-vascolare, dei reni e dei polmoni in cui la G.-P. fu negativa.

Ho tentata la reazione nel liquor, adoperando la stessa tecnica, ma in 10 casi soltanto che non subirono alcuna modificazione, sebbene uno di essi avesse presentato la W.-R. positiva.

Io ritengo che questo metodo di siero-diagnosi, per la semplicità della tecnica, accessibile a tutti, per la facilità della lettura, per la percentuale di corrispondenza con la W.-R., che può ottenersi eseguendolo accuratamente, e sopratutto adoperando adatto reattivo, risponda bene all'uso pratico.

E' vero come taluni osservano che essa non si osserva in tutte le fasi della lues e solo nella lues, ma è notissimo che la W.-R. può essere positiva in molti stati morbosi e che i risultati sono variabili secondo il periodo della malattia, tanto che nel periodo terziario la positività oscilla tra il 50 e il 70 per cento. Io credo che la formolo-gelatinizzazione possa costituire un valido aiuto per il medico pratico, specialmente lontano dai centri di cultura e dai laboratori, poichè quando è positiva al di fuori dei casi in cui si sa che può esserlo indipendentemente dall'infezione luetica, ha certamente il suo valore, e può costituire un indirizzo alla diagnosi.

LETTERATURA.

GATÉ e PAPACOSTAS. Comptes-Rendus des Séances de la Soc. de Biologie, n. 33, tome LXXXIII, 1920.
S. DE VILLA e A. RONCHI. *I metodi sierochimici, così detti equivalenti della reazione di Wassermann.* Policlinico, Sez. prat., fasc. 24, 1921.
E. ECKER. *Comparison of formol and Wassermann reactions in diagnosis of lues.* The Journal of Infections Diseases, n. 4, vol. 29, 1921.
G. GROSSO. *Sulla reazione di Gaté-Papacostas nei sieri luetici.* Pathologica, n. 316, a. XIII, 1922.
PAUZAT. Presse médicale, 1921, pag. 199..
VERSARI. Riforma Medica, 1922, fasc. 8.
Klinische Wochenschrift, anno IV, n. 11, pag. 497, 1925.
Biochemische Zeitschrift, Bd. 133, 135.
Zeitschrif, fur die experimentelle Med., Bd. 40.
LETULLE-PRUVOST. *Traité de Pathologie Médicale. Diagnostics de Laboratoire.* Maloine, éditeurs, Paris, 1924.
BOUTTIAU. Bruxelles méd., 12, 1922.
DAZZI. Riforma Medica, fasc. 16, 1924.
W. NEAVE-KINGSBURY. Lancet, 16, vol. II, 1921.
LEVI. Riforma Medica, 1923.
ROSSI e TADDEI. R. Accad. Fisiocritici di Siena, 25 maggio 1923.
TERZANI. Rivista critica di Clinica Med., 33, 1921.
DURAND. Gazzetta degli Osp. e delle Clin., 4, 1922.
HOLBOROW. Lancet, 1922.
PHILIPPSON. *Sui nuovi metodi siero-diagnostici della lues.* Comunic. al VI Congr. Med. Sic. Palermo, 23 giugno 1921.

COMMENTI.

Ricerche cliniche ed etiologiche su di una infezione chirurgica poco nota.

Dott. DOMENICO SANTORSOLA (Anzio).

A proposito della nota pubblicata nel n. 47 di questo periodico, in data 23 novembre 1925, dal titolo su riportato, per il prof. A. Saia, mi vien fatto di ricordare di alcune osservazioni cliniche che presentano una grande analogia o, meglio una identità con quelle nella nota descritta e potrebbero perciò concorrere a meglio indirizzare le ricerche etiologiche su la infezione.

Nella mia esperienza personale di alcuni casi osservati durante due anni di servizio in Colonia, avevo già notato che le lesioni prodotte dalla morsicatura del cammello assumevano una forma ed un andamento clinico particolare che trova esatto riscontro nella descrizione che fa il Saia delle lesioni prodotte dal morso di asino.

Il primo caso che ebbi ad osservare dette per l'appunto anche a me, a primo aspetto, l'impressione di una ferita in cui fosse stata trascurata o mal praticata la « toilette » al primo posto di medicazione.

Scoperta la ferita mi colpì subito l'intenso fetore di putrefazione; la cute non era arrossata, ma per un ristretto alone intorno ai margini della ferita era di colorito bruno-livido, molto sollevati e rigonfi erano i margini come se nella ferita vi fosse sviluppo di gas; i sottili tratti di cute integra tra le incisioni dei denti vicini stiravano fortemente la cute, così da dare, alla lontana, l'impressione di una ferita suturata in cui negli intervalli tra i punti di sutura i tessuti si rigonfiassero formando come dei pomfi; premendo i margini si aveva fuoruscita di liquido sanioso giallastro; spaccando infine lungo la linea delle incisioni si notavano i fenomeni di alterazione e di necrosi di cui non starò a ripetere la descrizione già fatta dal Saia. Nè riporterò la descrizione dell'andamento, del decorso clinico e del sistema terapeutico, a proposito del quale avrei soltanto da aggiungere di essermi servito con vantaggio della incisione col termocauterio.

Il cammello (meglio dromedario) nelle Colonie è l'animale più usato per ogni genere di trasporto e di lavori agricoli. Esso più forte, più munito di mezzi aggressivi e meno docile dell'asino, specialmente nel periodo degli amori in cui non risparmia neanche il proprio padrone, presenta con l'asino un'affinità di temperamento e gli assomiglia sia nel modo di aggredire e di offendere con la morsicatura, sia per le sue abitudini nel modo di alimentarsi.

Il meccanismo di azione dunque nel produrre la lesione, la sede e la gravità di essa, fino a interessare tutti i tessuti degli arti che generalmente vengono colpiti, sono eguali nei due casi; molto simile è l'abitudine dei due animali di andare mangiucchiando dappertutto sul terreno per sporco ed inquinato che sia.

Ma ben diverse sono invece le condizioni nei riguardi della razza degli animali e della loro distribuzione geografica.

Pertanto è da pensare che la infezione non possa essere prodotta da un germe della flora boccale dell'asino soltanto o anche dell'asino e del cammello; più semplice e più intuitivo appare che debba trattarsi di germi della flora del terreno e della flora intestinale ospiti della bocca dell'uno e dell'altro animale perchè sempre sporca di terriccio inquinato da ogni sostanza escrementizia e in putrefazione, e ospite inoltre della cute degli arti dei contadini che ordinariamente ne sono colpiti.

MEDICINA SOCIALE.

Nuovi orizzonti della medicina preventiva. Le visite mediche periodiche.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

L'igiene pubblica non ha subìto notevoli modificazioni nelle sue direttive da circa un cinquantennio, da quando cioè essa, con l'affermarsi della nuova dottrina dei germi infettivi, si venne completamente rinnovando ed assunse a dignità di scienza autonoma ed a grande importanza sociale. Si ebbe allora il periodo glorioso dell'igiene, in cui le grandi opere di ingegneria sanitaria, gli approvvigionamenti idrici razionali portarono al risanamento delle città, mentre la difesa locale ed internazionale dalle malattie infettive si venne edificando su solide basi. E sul concetto della lotta contro le malattie infettive appare essenzialmente imperniata tutta l'opera dell'igiene moderna.

Le conseguenze di questo orientamento si scorgono nei risultati che l'igiene ha ottenuto e che si traducono principalmente in una diminuzione della mortalità che sta quasi tutta a carico di quella per le malattie infettive, poichè a questa si può ricondurre anche la diminuita mortalità infantile che ha tanta influenza su quella generale.

Corrispondentemente però si sono venuti elevando i quozienti di mortalità per altre malattie, fra cui specialmente quelle cardiovascolari ed il cancro. L'aumento è in parte fittizio ed è

principalmente dovuto al fatto che un maggior numero di individui raggiunge l'età adulta di cui tali malattie sono un appannaggio. Lo ha dimostrato recentemente Gherardi per il cancro, facendo vedere che l'andamento della mortalità per tumori maligni in Italia corrisponde all'aumento nel numero di individui che raggiungono le età avanzate.

La necessità di adoperarsi per la diminuzione anche di queste malattie è stata riconosciuta dall'igiene di cui però l'intervento in tal caso è tuttora vago ed impreciso, tanto più che esse colpiscono il singolo individuo isolato, mentre l'igiene ha tendenza più che altro ad interessarsi delle comunità e dei gruppi, lasciando la protezione della salute e del benessere del singolo all'iniziativa individuale.

Un nuovo orientamento si è venuto affermando da qualche tempo agli Stati Uniti, principalmente sotto la spinta delle grandi Società di Assicurazione. Queste, come è naturale, sono direttamente interessate perchè i loro soci godano buona salute e muoiono il più tardi possibile; per esse, ancor più che per gli Stati, la vita umana corrisponde a denaro sonante, sicchè risulta alla fine che le somme spese per la profilassi ritornano a loro vantaggio. E, siccome i loro interessi collimano con quelli della società, ben venga la loro opera benefica; e tale si è mostrata, per esempio, quella condotta contro la tubercolosi, con larghi mezzi e con buoni risultati.

Sono appunto le Società di assicurazione che hanno notato come una gran parte di individui che si ritengono perfettamente sani, presentano invece delle anormalità, sia pure lievi, che possono col tempo essere di grave danno per l'individuo mentre scompaiono se curate a dovere. Così pure in molti casi l'individuo per errate abitudini igieniche si trova sopra una cattiva china da cui un consiglio tempestivo può ritrarlo.

Tutto questo, evidentemente, non è nuovo; il merito sta nell'aver dimostrato l'alta proporzione di difetti e di anormalità fra i così detti sani e di avere additato questo nuovo problema sociale. Risulta, di fatto, che soltanto il 2.5 % degli individui esaminati poteva considerarsi in stato di buona salute; nel 72 % dei casi si rendeva necessario un determinato trattamento medico, mentre nel 24.7 % bastavano dei semplici consigli igienici per correggere od arrestare gli errori nelle funzioni organiche o dei difetti di struttura.

Le principali anormalità riscontrate nelle visite di individui che si ritenevano sani sono le seguenti.

Difetti dentari	56 %
Vista difettosa	35 %
Malattie delle tonsille ed adenoidi	30 %
Disturbi di circolo (di cui circa il 70 % funzionali)	28 %
Malattie ginecologiche (lacerazioni, spostamenti, disturbi mestruali) Percentuale calcolata sulle sole donne	39 %
Attitudine difettosa (in grado tale da causare dei sintomi)	10 %
Cattiva nutrizione (adulti e bambini)	16 %
Costipazione	12 %

Obesità, udito difettoso, adeniti cervicali e piede piano, in circa il 10 % dei casi.

Venne altresì riscontrata sifilide nel 2.8 % circa e sospettata la tubercolosi nel 2.2 %.

I consigli igienici dati riguardavano:

Dieta generale	nel 22.8 %
Correzione dell'obesità	» 4.7 %
Cattiva nutrizione	» 4.1 %
Costipazione	» 11.3 %
Esercizio fisico ed aria libera	» 17.4 %
Uso adeguato di acqua nella dieta	» 9.3 %
Igiene orale	» 9.3 %
Bagni	» 10.2 %
Sonno e riposo	» 6.4 %
Enuresi, vestiti, igiene sessuale, ecc.	» 4.5 %

Se anche noi vediamo fra questi elenchi predominare i difetti dentari, ai quali del resto si attribuisce, specialmente in America, una grande importanza per lo stato di salute generale (sepsi orale), non è meno vero che nell'elenco riportato vi sono malattie di notevole significato per l'individuo, il quale ne era del tutto ignaro. In generale, di fatto, non si consulta il medico che quando le alterazioni patologiche hanno raggiunto un grado tale da rivelarsi con dei sintomi ed è ovvio che talvolta il medico arriva troppo tardi per rimettere in salute o per salvare il malato.

Da ciò la grande utilità di visite periodiche ad individui apparentemente sani che, attualmente, passato il periodo scolastico non si praticano. Consci di tale utilità, i medici della American medical Association e della New York medical Society hanno espresso il loro parere favorevole su questi esami periodici, ma non sono venuti finora a nulla di concreto. Ha, invece, preso l'iniziativa una diecina di anni fa una società privata la quale, mediante 20 dollari all'anno, mette a disposizione dell'associato tutto un insieme di medici e di laboratori che lo tengono al corrente del suo stato di salute. Essa ha a sua

disposizione circa 8000 medici, molti consulenti e pratica 5-6000 visite al mese.

Evidentemente però un'associazione di tal fatta non può avere che un raggio d'azione limitato a quelli che sono tanto curanti della propria salute da sottoporsi, pagando ai necessari esami. Per raggiungere un reale beneficio comune, la visita dei così detti sani dovrebbe essere estesa al maggior numero possibile di individui e dovrebbe essere riconosciuta necessaria dai singoli. È questo un punto in cui debbono incontrarsi l'igiene individuale da un lato, nel senso che ognuno si interessi della propria salute e l'igiene pubblica dall'altro facendo in modo che tali visite siano estese alla maggior parte della popolazione ed offrendo la possibilità e le maggiori facilitazioni per esse.

Ammesse queste direttive, è anche la funzione del medico che si viene in parte trasformando. Questi, finora, ha avuto soltanto cura dei malati, mentre dovrebbe d'ora innanzi occuparsi anche dei così detti sani ed affinare la sua mente per scoprire le minime alterazioni che possono essere l'indice di una malattia che si inizia e porre ad esse rimedio. È questa la medicina preventiva nel più ampio senso della parola, in cui il medico, a differenza dell'attuale igienista (che limita si può dire la sua coltura medica alla epidemiologia) rimane nel campo suo che è la clinica, togliendosi dall'eccessivo asservimento agli specialisti, in modo da poter fare da solo l'esame completo dell'individuo. All'attività dei medici si offre così un nuovo campo di azione, mentre la lotta contro le singole malattie, non condotta finora sistematicamente, diventa la lotta contro la malattia in genere, la lotta per il benessere dei singoli e per il prolungamento della vita. Si mette con essa in azione la molla dell'interesse individuale ciò che induce a prevedere la probabilità di qualche successo.

*
* *

A questo indirizzo si possono però muovere non poche osservazioni. Una delle prime è che nell'ora presente non tutti i medici sono ben preparati per tale compito, che esige delicatezza di indagine ed acume nell'interpetrazione dei fatti osservati. È cosa ben diversa visitare un malato, il quale con i sintomi che accusa mette di già sulla via della diagnosi dall'affidarsi invece quasi del tutto all'esame obbiettivo per scoprire delle alterazioni che, evidentemente, non possono essere molto rilevanti. È, in fondo il compito affidato ai medici delle Società di assicurazione, ma ben più complicato perchè si deve arrivare alla diagnosi esatta che permetta di dare l'indirizzo terapeutico-igienico. Occorre quindi ritoccare la coltura professionale del medico, occorrono trattati speciali che gli facilitino il compito. La Società medica del Massachussets ha compilato delle istruzioni in proposito che sono forse un po' schematiche e che andrebbero rimaneggiate ed ampliate.

Evidentemente tutti questi esami vanno standardizzati secondo uno schema prefisso, ciò che è reso necessario per la uniformità di criteri e per l'economia di tempo. Si calcola che per un esame di tal fatta (compresa l'anamnesi ed i consigli) occorra circa un'ora di tempo, nè praticamente si può concedere di più; non è certo molto per un esame completo, ma forse abbastanza per scoprire delle alterazioni che, pure essendo di una certa entità, passano per lungo tempo inosservate al paziente. Molto in questo campo può aiutare la medicina costituzionale che, ad un occhio esperto, dà di già un orientamento verso un determinato gruppo di malattie.

Fatta la diagnosi, rimangono i consigli igienici-terapeutici che, se sono abbastanza definiti quando si tratti di alterazioni conclamate, possono invece essere vaghi e talora discutibili in altri casi. Non è poi detto che il paziente li segua senz'altro; troppi coefficienti vi influiscono, non escluso quello economico; molte cure esigono delle spese che gran parte degli individui che vivono del proprio lavoro e che, a differenza dei così detti poveri, non ha nulla di gratuito, non può sostenere. Ed allora tutto il lavorio fatto rimane perduto.

Quando si tratti di malattie assolutamente incurabili, occorre poi vedere se sia proprio rispondente all'opera del medico, che deve essere sempre umanitaria, il consegnare al paziente un modulo che sia per lui una vera sentenza di morte. Ed è poi da chiedersi se sia proprio utile il tenere gli individui sempre sotto la costante preoccupazione per la propria salute, ciò che può essere indifferente per qualcuno, ma sarà dannoso per altri.

Nè è da trascurare la delicata questione dei rapporti deontologici; poichè è ovvio che, se chi fa la visita e dà le prescrizioni non è il medico curante, potranno sorgere divergenze di opinioni e sospetto di reciproche invadenze.

Sarà poi da vedere quali possono essere in questo campo le attività e le funzioni dei singoli medici, delle Società di assicurazione e dello Stato. Quest'ultimo, evidentemente, non deve disinteressarsi dal nuovo indirizzo che integra la lotta contro tutte le malattie; così la lotta contro il cancro, che finora non consiste che nella diagnosi e cura precoci, è assai facilitata da queste visite periodiche e così quella contro altre malattie, non esclusa la tubercolosi. Uno Stato che veda al

di là della consueta pratica attuale dell'igiene, dovrebbe prendere delle iniziative in tal senso; ma non andare troppo oltre nè attuare una medicina di stato che tenderebbe a farsi eccessivamente burocratica e non godrebbe troppa fiducia dai singoli, che non sono mai molto ben disposti per le organizzazioni statali. La funzione dello Stato dovrebbe limitarsi a promuovere ed organizzare queste visite, fornendo poi la possibilità di curarsi in appositi istituti; l'estendersi delle assicurazioni sociali aiuterà indubbiamente la tendenza alle visite periodiche e potrà fornire facilitazioni per la cura.

Ma non bisogna illudersi e credere che le visite periodiche possano estendersi a tutta la popolazione. È anzitutto da augurarsi che non si venga ad una medicina coercitiva nel senso di imporre al singolo individuo l'obbligo di farsi visitare e curare. Lasciate così alla libera scelta, è da prevedersi che esse saranno richieste da un numero non troppo elevato di persone, la maggior parte delle quali, come già si è osservato, p. e. in Inghilterra, andrà alla prima ma non si presenterà più alle successive.

Queste osservazioni non tolgono il grande valore che può avere per l'individuo e per la società la visita periodica; col tempo e con gli opportuni miglioramenti ed adattamenti, il concetto di questa potrà essere accolto favorevolmente dalla generalità, tanto più che essa risponde al desiderio di prolungare questa nostra vita a cui anche i pessimisti che continuano a dichiararla intollerabile, sono tanto attaccati.

Del resto anche questa tendenza, se pure con la veste di medicina sociale ci fa l'effetto di nuova, non fa che ripetere il consiglio del vecchio Ippocrate; « Principiis obsta, sero medicina paratur »...

SUNTI E RASSEGNE.

SEMIOLOGIA.

I dolori dorsali nelle donne.

(H. R. ANDREWS. *Br. Med. Journ.*, 26, dic. 1935).

L'A. ricorda la frequenza dei dolori dorsali nelle donne e fa una analisi delle cause più comuni dei casi classificandole nel seguente modo.

Affezioni o lesioni di alcuni dei tessuti del dorso. — È un gruppo numeroso di cause che indica la necessità di non limitarsi ai soli esami rettale, vaginale, addominale per fare la diagnosi, ma di osservare anche il dorso stesso. I punti importanti di questo esame sono: la limitazione o la rigidità di qualche parte del dorso, il dolore che aumenta alla pressione, la dolorabilità delle articolazioni sacro-iliaca e sacro-coccigea con dolore nei movimenti passivi. La possibilità di flettere la colonna, senza piegare i ginocchi e senza dolore, in avanti, indietro e d'ambo i lati esclude una lesione della spina dorsale, ma qualunque dubbio insorgesse deve consigliare un esame radiografico. L'aneurisma dell'aorta è raro nelle donne e in genere di non difficile diagnosi.

Se v'è una neoplasia maligna di una o più vertebre si troverà un tumore maligno in altro organo, o una storia di intervento pregresso sulla mammella, sull'utero o su altre parti del corpo. In questi casi il dolore è molto più intenso di quello dorsale comune delle donne.

Le affezioni delle articolazioni sacro-iliache sono rare e finchè non sono molto avanzate sono rivelabili soltanto con i raggi X. Più frequentemente invece si hanno lesioni di queste articolazioni secondarie o al parto o ad una caduta. Si trova dolore spontaneo e provocato in una delle articolazioni sacro-iliache, che aumenta alla pressione sulla cresta iliaca o nei tentativi di muovere l'osso iliaco dal lato affetto.

In molti casi di « così detta » lombaggine cronica, il dolore è localizzato nelle articolazioni sacro-iliache senza che sia rilevabile alcuna lesione di esse. Il massaggio, il calore, esercizi di flessione e una pozione di citrato di K. spesso sono efficaci.

Il dolore dorsale per lacerazione o contusione muscolare è molto più raro nelle donne che nell'uomo. e si verifica dopo qualche sforzo violento o dopo una caduta. Si trova un punto sensibile sul quale la pressione salda aumenta il dolore anzichè diminuirlo — il contrario di quanto avviene nel dorso dolente per affaticamento.

Il benefico effetto del cerotto è stato sperimentato personalmente dall'A. dopo una caduta di

caccia, giacchè subito dopo l'applicazione egli ha potuto muoversi e operare quasi senza fastidio.

Affaticamento. Un grande numero di casi di dolori dorsali nelle donne è dovuto ad affaticamento dei muscoli del dorso, spesso aumentato da debolezza della muscolatura addominale e conseguente ptosi viscerale. Si tratta spesso di pluripare nelle quali le frequenti gravidanze unite a vita faticosa in condizioni igieniche cattive, eventualmente associate a insufficiente sviluppo muscolare porta a esaurimento con dolori cronici al dorso.

Il classificare queste pazienti quali nevrasteniche non è di nessun aiuto. Spesso si tratta di ptosi viscerali o di prolassi genitali. Troppo spesso si incolpa il rene mobile (che naturalmente è presente in queste condizioni) mentre esso isolatamente ha importanza soltanto quando determina compressione sui vasi e sull'uretere — il che è una evenienza rara.

Bisogna invece evitare di dire alla p. che ha un rene abbassato perchè essa è portata, per comune credenza, ad imputare ad esso ogni sua sofferenza talora immaginaria.

Le nefropessie tanto frequenti una ventina di anni or sono, e le isteropessi per retroversione o per lieve prolasso in donne con ptosi viscerale generale stanno fortunatamente scomparendo.

Il trattamento ideale sarebbe un lungo periodo di riposo, in gran parte all'aria aperta, combinato a massaggio, ma ciò di rado può applicarsi. Una fascia addominale ben posta e che sollevi la metà inferiore dell'addome spesso cambia completamente il carattere delle pazienti, mentre l'uso dei speciali sostegni per il rene è in genere inutile e talora dannoso.

Spesso questi dolori dorsali cominciano prima del matrimonio e sono la prerogativa delle ragazze che lavorano nei negozi, negli uffici, negli stabilimenti.

La mancanza di esercizio, l'irregolare evacuazione dell'alvo, il lungo permanere in una stessa posizione facilitano l'insorgenza di questi dolori che una maternità poco agiata non può che aumentare.

È necessario far comprendere a queste giovani l'importanza di una regolare evacuazione dell'alvo senza aiuto di medicine, e l'utilità della ginnastica da camera in sostituzione di quegli esercizi all'aperto che non sono conciliabili con le loro occupazioni.

L'importanza dei tacchi alti è nulla come è dimostrato dal grandissimo numero di donne che li usano senza aver dolori al dorso.

Enteroptosi. In unione o no all'elemento affaticamento i dolori dorsali possono essere causati da enteroptosi o da ingrossamento dell'addome per altre cause.

L'uso di una fascia addominale durante gli ultimi mesi della gravidanza impedisce un eccessivo stiramento dei muscoli e reca un notevole sollievo; molto utile è anche il massaggio ai muscoli addominali che dovrebbero farsi sistematicamente dal 6° giorno di puerperio in tutti i casi normali.

Tumori; Obesità. È ovvia l'importanza che grossi tumori dei genitali possono avere nella genesi dei dolori; lo stesso vale per le cospicue raccolte di liquido libero. Tumori pelvici anche piccoli, fissi nella pelvi, possono essere in causa.

La polisarcia rendendo difficile e faticoso qualunque esercizio è spesso cagione di dolori dorsalici: spesso il sostenere con una fascia l'abbondante tessuto adiposo addominale reca notevole sollievo.

Carcinoma dell'utero e del retto. I dolori sono spesso intollerabili e purtroppo molto frequentemente essi sono presenti quando i tumori sono oltre i limiti della operabilità. È necessario quindi tener presente queste possibilità e fare l'accurato esame delle pazienti per via rettale e vaginale ogni volta che vi sono sintomi incerti di affezione del bacino.

Affezioni renali. A parte la litiasi, la tubercolosi e il tumore del rene un'altra malattia molto frequente può essere in causa: la pielite o pielonefrite da b. coli. Il carattere della piressia è spesso tipico giacchè di rado in altre affezioni, la p. cessata la febbre ha un aspetto e un senso di benessere come in questa malattia. L'esame microscopico e batteriologico delle urine prese con cateterismo è necessario: la cura è semplice e rapida (riposo a letto, caldo, bevande alcaline).

Retroversione dell'utero. È questa un'affezione sulla quale le opinioni sono controverse. Mentre per alcuni ogni retroversione è indicazione all'intervento, altri negano qualsiasi importanza alle retroversioni di uteri non ingrossati e mobili. La verità è tra i due estremi.

La retroversione di un utero mobile talvolta è la causa dei dolori dorsali, non nelle vergini ma nelle pluripare con utero piuttosto voluminoso.

I disturbi che precedono le mestruazioni e la loro scomparsa in seguito all'uso di pessari che mantengono l'utero in anteversione sono abbastanza dimostrativi.

I dolori dorsali da retroversione sarebbero molto meno comuni se si facesse attenzione nel puerperio a evitare lo stabilirsi della retroversione.

Il regolare svuotamento del retto e della vescica, il sistematico esame pelvico prima di far alzare la p. onde applicare un pessario dopo

aver riportato l'utero in buona posizione nel caso che esso fosse in retroversione, sono fatti da non trascurare.

D'altra parte nell'esame rettale bisogna fare attenzione a non prendere per utero retroflesso il collo uterino che sporge posteriormente.

Prolasso del contenuto pelvico. In alcuni casi di prolasso è presente il dolore dorsale, ma esso non è l'unico nè il principale disturbo e d'altra parte spesso manca in prolassi totali. Ma bisogna guardarsi da interventi per correggere la debolezza del pavimento pelvico o la retroversione dell'utero nei casi di ptosi di tutti gli organi addominali, giacchè spesso si hanno grandi delusioni da colporrafie e ventro-fissazioni. Importante è la profilassi: l'evitare la rottura precoce delle membrane, la cauta applicazione del forcipe e il non esercitare trazioni brusche su di esso, e l'immediata sutura delle lacerazioni saranno molto utili se non sufficienti per evitare il prolasso.

È possibile del resto che l'uso della ginnastica dei muscoli pelvici durante il puerperio faccia nel futuro diminuire la frequenza del prolasso genitale.

M. MARGOTTINI.

PATOLOGIA GENERALE.

Funzioni della corteccia surrenale.

(W. FALTA. *Wiener klinische Woch.*, n. 45, 1925).

La fisiopatologia delle surrenali è ancora molto oscura, oltre che per la difficile esecuzione ed interpretazione delle ricerche sperimentali, per la grande difficoltà di interpretare razionalmente le osservazioni cliniche.

Difatti, mentre nelle malattie della tiroide e dell'ipofisi si possono contrapporre più o meno nettamente i sintomi determinati da iperfunzione, a quelli determinati da ipofunzione (Basedow-mixedema, acromegalia-caches sia ipofisaria) ciò non è possibile nelle malattie delle surrenali.

Difatti manca del tutto un contrasto netto tra i sintomi della malattia di Addison (considerata malattia da ipofunzione surrenale) e i sintomi che si hanno negli adenomi o adenocarcinomi delle surrenali. La maggior parte degli autori divide i sintomi dell'Addison in sintomi midollari e corticali: annoverando fra i primi l'ipotonia, la dinamia, l'ipoglicemia e le pigmentazioni, tra i secondi le manifestazioni di intossicazione gastrointestinali, le alterazioni psichiche, le convulsioni, i delirii, il coma. Se ora tra i sintomi che si osservano nell'iperfunzione surrenale se ne cerca qualcuno da poter contrapporre ai detti sintomi non se ne trova alcuno tranne l'ipertonia vascolare e l'iperglicemia in casi di tumori di Grawitz o midollari. Le principali manifestazioni di iperfunzione surrenale, quali si osservano nei tumori a carattere adenomatoso sono invece di tutt'altra specie; essi interessano specialmente la sfera genitale. Questo fatto deve far pensare alla possibilità, che i sintomi dell'Addison, considerati come corticali non siano in alcun rapporto con la corteccia surrenale ma dipendano anch'essi dall'alterata funzione midollare.

Le manifestazioni cliniche che accompagnano l'ipertrofia o i tumori della corteccia surrenale sono un po' diversi a seconda dell'età dei soggetti. In tutti i casi si osservano un'accentuazione di alcuni caratteri sessuali secondari per il sesso maschile, e la comparsa di caratteri secondari contrasessuali per il sesso femminile. Mentre però nell'adulto dell'uno o dell'altro sesso si manifesta anche l'atrofia degli organi sessuali interni, con soppressione della capacità generativa, nel bambino questi sintomi sono sostituiti da uno sviluppo prematuro dell'organismo.

Nei bambini dell'uno e dell'altro sesso si osservano ipertricosi, sviluppo precoce di barba, voce profonda, spesso cute ruvida. Questo ipergenitalismo esterno e accentuazione dei caratteri sessuali secondari nei maschi, ipergenitalismo esterno e sviluppo precoce di caratteri secondari contro sessuali nelle femmine non sono accompagnati da ipergenitalismo interno: anzi, lo sviluppo delle glandole genitali è di solito ritardato nè si ha precocità di sviluppo psichico al contrario di quanto si osserva nei tumori delle glandole genitali e di solito anche in quelli dell'epifisi.

Tutti i detti sintomi regrediscono dopo l'asportazione del tumore corticale.

Anche l'osservazione clinica di stati fisiologici e patologici diversi sembra indicare che la corteccia surrenale ha una speciale importanza nel determinare i caratteri sessuali secondari maschili; così è stata constatata una ipertrofia della corteccia surrenale in una piccola percentuale di casi di pseudoermafroditismo; si tratta però probabilmente di due manifestazioni coordinate. All'autopsia di molti casi di acromegalia si è constatata una forte ipertrofia della corteccia surrenale. E infatti, molti acromegalici dell'uno e dell'altro sesso, presentano voce particolarmente profonda, ipertricosi, ipergenitalismo; si osserva l'opposto nella cachessia ipofisaria. Anche durante la gravidanza è molto frequente l'iperplasia della corteccia surrenale. Si osserva nella donna gravida una specie di ipergenitalismo e un aumento dei peli che talvolta assumono una distribuzione a tipo maschile; tutto ciò scompare dopo il parto.

Il complesso di osservazioni cliniche cui è stato

accennato indica in modo chiaro e convincente che la corteccia delle surrenali esercita una potente influenza sull'accrescimento dell'organismo, sulla sfera genitale e specialmente su alcuni determinati caratteri sessuali secondari. È probabile che quest'influenza della corteccia surrenale venga esercitata per mezzo di un ormone specifico.

Quest'azione della corteccia surrenale si può studiare bene nei cani, nei quali si deve ammettere un'iperfunzione della corteccia: si trova allora nell'uomo un'ipervirilismo, nella donna un virilismo.

È molto importante il fatto che queste conseguenze dell'iperfunzione corticale si manifestano nell'uno e nell'altro sesso, anche quando le glandole genitali non sono più funzionanti o sono addirittura distrofiche.

Non esistono invece molte osservazioni sicure sulle conseguenze di un'ipofunzione della corteccia surrenale; è però importante ricordare che la castrazione tardiva determina nell'uno e nell'altro sesso poche o nulle alterazioni regressive, mentre si manifestano notevoli alterazioni regressive della sfera genitale negli stati in cui è contemporaneamente lesa anche la corteccia surrenale. Tutte queste osservazioni permettono di dedurre che anche in condizioni normali la corteccia esercita una notevole influenza sullo sviluppo e sul mantenimento di alcuni determinati caratteri sessuali secondari.

POLLITZER.

Sulla tetania paratireopriva e idiopatica.

(N. PATON. *Edimburgh med. Journ.*, ottobre 1924).

Entrambe queste tetanie, secondo recenti studi dell'A., sarebbero dovute ad un eccesso di guanidina, o metilguanidina nel sangue. Che esse non siano dovute a deficienza di calcio ma a sostanze tossiche è provato dal fatto che cedono al salasso seguito da trasfusione di soluzione fisiologica.

L'avvelenamento sperimentale da guanidina produce acidosi secondo Watanabe, alcalosi secondo György e Vollmer: essi infatti poterono impedirne gli effetti mediante somministrazione di acidi minerali o cloruro d'ammonio.

Secondo vari autori anche nella tetania paratireopriva vi è una condizione di alcalosi. La tetania cede al cloruro di calcio, ma egualmente al cloruro d'ammonio, onde non sembra il calcio il fattore utile.

Sta di fatto che nella tetania si può mettere in evidenza una deficienza di calcio nel sangue, che non si osserva nell'avvelenamento da guanidina, ma ciò non sembra all'A. una differenza sostanziale. Del resto il cloruro di calcio si mostra utile in entrambe le condizioni.

Anche Herxheimer ritiene che la tetania paratireopriva è una guanidinotossicosi, perchè i gatti privati di paratiroidi muoiono con metà della dose di guanidina che occorre pei normali.

L'azione fisiologica della guanidina sembra essere quella di mantenere il tono dei muscoli, non tanto come stimolo diretto, quanto aumentandone l'eccitabilità di fronte a certe sostanze che stimolano il parasimpatico, quali la nicotina, l'acetilcolina, i sali di potassio. Ciò secondo György e Freudenberg accadrebbe perchè la guanidina impedisce al calcio di entrare in combinazione coi colloidi dell'elemento neuromuscolare.

Tale aumento di eccitabilità muscolare si ha pure in ogni caso di aumento dell'alcalinità del sangue, come accade durante certe forme di dispnea, nel respiro forzato (eccessiva eliminazione di CO_2) e nella tetania gastrica, nonchè in quella da iniezione di fosfati. Per effetto dell'alcalosi diminuirebbe il calcio ionizzato, ciò che condurrebbe a una sottrazione di calcio colloidale ai tessuti e di qui un aumento dell'eccitabilità.

Quando, nella tetania, si può mettere in evidenza una diminuzione di calcio nel sangue, ciò non sembra in diretta dipendenza dell'aumento della guanidina: i due fatti potrebbero essere concomitanti, ed il metabolismo di entrambe le sostanze essere regolato dalle paratiroidi.

L'aumento dei fosfati nella tetania sembra essere in rapporto con una diminuita escrezione, ma non tutte le ricerche concordano. Non pare del resto che l'aumento dei fosfati abbia una influenza diretta nella genesi dei sintomi.

La metilguanidina, come la creatina, trarrebbe origine dalla molecola della lecitina e della colina: un eccesso di guanidina sembra possa divenire innocuo mediante la trasformazione in creatina. La creatina si può considerare come un acido metilguadinacetico, o come un dimetilguanidincarbossile. La metilguanidina sembra essere tutta o quasi tutta di origine endogena: forse ne possono produrre un poco alcuni prodotti di digestione della carne.

Secondo l'A. l'attività muscolare contribuisce a trasformare la metilguanidina nella innocua creatina: un eccesso di sali di calcio non favorirebbe questa trasformazione, ma, deprimendo l'eccitabilità dei nervi, maschererebbe soltanto l'aumento del tono muscolare.

DORIA.

TERAPIA.

La terapia dei sintomi favorevoli.

(CH. FIESSINGER. *Journal des Praticiens*, 26 settembre 1925).

Tutti i sintomi funzionali delle malattie costituiscono dei segni avvertitori, dei veri campanelli d'allarme che segnalano il disturbo od il pericolo e possono quindi essere considerati come delle vere reazioni di difesa. Ora alcuni di essi non fanno che chiamare il soccorso, mentre altri lavorano nell'organismo per prestare in certo modo le prime cure. La difficoltà della pratica medica consiste appunto nel discernere quale sia il sintomo dotato, di per sè stesso di proprietà curative e quale invece sia quello che è semplicemente un avvertitore. Nelle malattie di cui conosciamo il trattamento causale, (malaria, difterite, sifilide), il sintomo ha per noi soltanto quest'ultima funzione; diversamente vanno invece le cose quando non è nota la terapia causale diretta, poichè in questo caso, si deve usare grande prudenza, in quanto che noi non conosciamo fino a qual punto il sintomo che noi vogliamo curare sia utile all'organismo e noi dobbiamo tenere come principio primordiale il « primum non nocere ».

Sotto tale punto di vista l'A. divide i sintomi in due categorie, quelli utili e quelli che non favoriscono la guarigione; in realtà quest'ultima categoria è tutt'altro che ben definita, poichè noi mettiamo in essa quei sintomi nei quali non sappiamo cogliere il nesso fra la causa della malattia e la reazione di difesa dell'organismo, alla quale, in complesso, si debbono attribuire tutte le deviazioni dallo stato normale che noi osserviamo.

Appartengono ai sintomi utili, alcuni generali, come la febbre, il dolore, l'obesità, ecc., a quelli locali i vomiti, la diarrea, la tosse, ecc. Una regola generale comanda il trattamento di tali sintomi ed è la cura prudente con dosi deboli, eventualmente ripetute in modo da attenuare più che fare scomparire il sintomo; anche in questi casi, il trionfo precipitato può essere seguito dalla disfatta irreparabile. Basta soltanto impedire che il sintomo, utile negli effetti immediati, diventi dannoso per la esagerazione degli effetti o per la ripercussione su altri organi.

Sintomi generali. La *febbre* rappresenta la difesa naturale dell'organismo contro l'infezione e spesso quando è alta costituisce un indizio favorevole; la polmonite, la tifoide ne sono degli esempi. Nella malaria le alte dosi di chinino agiscono contro il parassita; ma in altre infezioni non è più così ed il chinino a dosi antitermiche, l'antipirina, l'aspirina possono essere dannose. Non son rari i casi di tifoide in cui le alte dosi di antipirina hanno portato al collasso; l'aspirina, un buon rimedio negli stati reumatici, diventa dannosa nelle piressie che aggrava quando sono serie e prolunga quando sono benigne, senza contare l'azione dannosa sui reni. L'ipertermia va quindi curata se realmente elevata soltanto con mezzi fisici.

Meno chiara è l'influenza del *dolore*, il quale ha pure la sua funzione. Così in una crisi di angina il dolore fissa il malato sul posto; impedendogli di muoversi porta l'attenuazione del male. Probabilmente esso possiede anche delle proprietà alteranti da cui si organizzano delle congestioni locali. Inoltre esso realizza anche delle azioni meccaniche, stimolando la contrazione; ne è un esempio il parto. Però un eccesso di dolore può essere assai dannoso; portare la morte nel caso di angina pectoris, la sincope nelle coliche epatiche o nefritiche. Ecco quindi la necessità di attenuarlo; l'iniezione di morfina è un rimedio sovrano, con cui però si deve andar cauti e non oltrepassare i 4-5 mg. se non si vuole assistere a morti impressionanti; nelle crisi di angina l'iniezione di 3 mg. di morfina ogni tre ore con due gocce di trinitrina al 1/100 ha dato all'A. i migliori risultati.

L'*obesità* è il risultato di un'intossicazione e quindi non si deve aver di mira soltanto essa; ad una diminuzione troppo considerevole di peso possono seguire dolori articolari, sciatici, esaurimento nervoso, nefrite interstiziale, profonda astenia, forse perchè il tessuto adiposo contiene delle sostanze tossiche che, mobilizzate, si portano sugli organi mobili, sistema nervoso, reni, ecc. Le cure di dimagrimento vanno quindi sorvegliate, arrestandole non prendendo in considerazione il solo peso, ma piuttosto la scomparsa dei disturbi inerenti all'obesità stessa.

Anche le *emorragie* appartengono alle reazioni di difesa dell'organismo e vanno quindi rispettate in alcuni casi, come in donne con malesseri, vertigini, palpitazioni, disturbi che scompaiono con le perdite sanguigne; così pure spesso in casi di emorroidi in cui costituiscono un salutare derivativo che si oppone alla invasione di malattie della nutrizione (gotta, eczemi). Sotto tale punto di vista, il salasso può rendere in molti casi utili servigi.

Importanti sono anche gli *edemi*, quelli tossici, tipo l'edema clorurato dei nefritici, in cui il cloruro di sodio, non più filtrato dal rene, abbandona il sangue e s'infiltra nel tessuto cellulare dove richiama la quantità di acqua necessaria per la soluzione. In tal caso il medico non deve far altro che seguire le indicazioni della natura, prescrivendo le emissioni sanguigne, il regime idrico e poi declorurato. Nel caso degli edemi meccanici, si osserva che in primo tempo, come nei

cardiaci, essi alleggeriscono la circolazione venosa e diminuiscono la dispnea; quando poi essi diventano duri e lucenti, invece appesantiscono la circolazione, comprimendo i capillari. In primo tempo, il riposo in letto, il regime idrolatteo di riduzione, i cardiotonici attaccando la causa dell'edema lo fanno scomparire. Nel secondo caso, quando il cuore non risponde più bene, bisogna agire localmente con delle moschettature.

Sintomi locali. Appartengono a questi il vomito e le diarree per il tubo digerente, la tosse e l'espettorazione per l'apparato respiratorio, tutti sintomi che vanno spesso rispettati perchè rappresentano una via di eliminazione di materiali tossici.

Per il rene, l'ipertensione arteriosa assicura la filtrazione; essa quindi non va combattuta perchè rappresenta il mezzo con cui l'organismo può vincere l'ostacolo renale. Vanno invece combattute (con il regime alimentare, il riposo, le emissioni sanguigne, i lassativi) le crisi ipertensive che si sovrappongono alla ipertensione permanente; si potrà così allontanare il pericolo della rottura dei vasi cerebrali. La fatica cardiaca si combatte con la digitalina a dosi deboli e la teobromina. L'ipertensione può invece essere combattuta al suo inizio, opponendosi alla causa che la produce, come per esempio nel caso in cui abbia origine sifilitica.

Per quanto riguarda l'apparecchio circolatorio, si tenga presente che un cuore affaticato si difende con la tachicardia, poichè la maggior frequenza dei battiti supplisce alla minore vigoria. Anche l'aritmia extrasistolica, con la sua pausa compensatrice rappresenta una riduzione dello sforzo; il fegato cardiaco costituisce un sollievo per il cuore tenendo il sangue che di questo riempiva le cavità destre.

Fra le malattie della nutrizione l'eczema rappresenta una valvola di sicurezza per l'organismo intossicato. I principi tossici, eliminandosi per la pelle, provocano l'eruzione vescicolare. Già da tempo, il popolo, era contrario alla cura dell'eczema infantile con mezzi esterni; molte morti rapide sono seguite a queste medicazioni troppo aggressive. Oggi l'errore è riconosciuto; l'eczema si guarisce soprattutto con il regime alimentare e l'uso dei lassativi. All'esterno, soltanto delle pomate inerti che calmano, ma non fanno scomparire l'eruzione.

In complesso dunque i sintomi rappresentano in qualche modo il grido dell'istinto di conservazione minacciato; essi però agiscono in modo maldestro ed oltrepassano spesso lo scopo, sta al medico di rimediare a tali manchevolezze con un opportuno trattamento, seguendo in ciò i precetti di uno dei più celebri aforismi di Ippocrate.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

D. TADDEI. *Conferenze, lezioni e note di Chirurgia pratica.* Unione tipografico-editrice torinese, Torino, 1925.

In questo volume il Taddei riunisce parecchie sue pubblicazioni sparse, discorsi inaugurali, prolusioni, conferenze, lezioni cliniche, brevi note di tecnica, ricche di osservazioni acute, con spiccato senso pratico, che riescono preziose alla lettura anche ai più provetti nella chirurgia, e forniscono addirittura una miniera di buoni consigli e di insegnamenti di grande opportunità ai pratici nell'esercizio giornaliero per la diagnosi e la terapia.

Vi sono trattati gli argomenti più vari, ed uno dei meriti maggiori del volume è di combattere molti pregiudizi e demolire tante idee sbagliate, che pure, forse per inerzia mentale, dominano ancora nelle convinzioni del pubblico e nell'esercizio abituale della professione.

Per dare un solo esempio dell'utilità del libro, il modo come deve comportarsi il medico di fronte ad un prostatico o in genere ad un ritenzionista acuto, è esposto in maniera così chiara ed efficace che la condotta appare senz'altro fissata senza dubbi nè incertezze possibili; son sicuro che studenti e medici, anche se non troppo versati nella chirurgia, troveranno grande vantaggio nel consultare questo libro senza pretese, ma ricco di consigli semplici e precisi.

R. A.

L. WULLSTEIN e H. KUTTNER. *Trattato di Chirurgia.*

Sulla 8ª edizione tedesca, tradotta a cura dei professori Uffreduzzi e Stropeni, sotto la direzione del prof. Poggi è in stampa la seconda edizione italiana presso la Unione Tipografico-Editrice Torinese.

Il Trattato, di cui è già pubblicato il 1°, il 2° e il 3° volume, consta di capitoli nei quali sono svolti argomenti di chirurgia generale da Schloffer ed in seguito altri di patologia speciale chirurgica quali « le lesioni e malattie del cranio », svolte da Eillmann, « le malattie dell'orecchio, del naso » da Hinsberg, « la chirurgia della colonna vertebrale e del bacino » da Schmieden e Loeffler, « le malattie delle parti molli degli arti » da Klapp, « le malformazioni, traumi e malattie della faccia » da Stich, « le lesioni traumatiche ed affezioni dei mascellari » da Kuttner.

Negli altri capitoli dei successivi volumi del Trattato saranno sviluppati, come nell'8ª edizione tedesca e nella 1ª edizione italiana, tutti gli altri argomenti di chirurgia, aggiornati secondo le più recenti nozioni acquisite nel campo della chirur-

gia, e così pure, per la parte traumatologica, all'esperienza bellica.

Numerose figure, delle quali molte a colori, rendono pregevolissimo il Trattato, edito in 4ª edizione e con bellissima stampa.

JURA.

G. PELS LEUSDEN. *Chirurgische Operationslehre* (Manuale di medicina operatoria), pag. XVI-832, con 771 figure. Urban e Schwarzenberg. III edizione. Berlino-Vienna, 1925. Lit. 108.

Pels-Leusden ha voluto, 15 anni or sono, dettare le sue lezioni di Medicina Operatoria ad uso degli studenti e dei medici, corredandole di numerose figure, parzialmente schematiche, ben sapendo quanto riesca efficace l'aiuto dell'occhio nella giusta interpretazione degli insegnamenti teorici. Gli fu fatto l'appunto che trascurasse troppo gli AA. stranieri, ma rispose che si domandava se in coscienza anche altrove non succedesse così, pur negando l'opportunità di un patriottismo scientifico. Ed in realtà più di un metodo appare seguìto, tra parentesi, di qualche nome esotico, ciò che dimostra come sia troppo umano prediligere i frutti della propria terra.

L'edizione attuale, la terza, è al corrente di tutti i metodi moderni dei quali l'A. ha voluto sperimentarne alcuni, essendogliene mancata l'occasione di ripeterli sul vivo, sugli animali e sul cadavere.

E. M.

O. NORDMANN. *Praktikum der Chirurgie*, pagine XVI-796, con 511 figure in parte a colori. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1925. Lit. 198.

Il continuo sviluppo della chirurgia, l'incessante perfezionarsi della tecnica, le suddivisioni sempre più evidenti della materia in tante specialità han condotto alla scomparsa ed al tramonto dei manuali elementari di chirurgia. Anche i trattati che con questo nome ormai si pubblicano, sono opera di più persone e risentono quindi dei diversi indirizzi. Nordmann ha voluto tornare un po' all'antico ed ha voluto esplicare in forma piana e concisa le cognizioni correnti della chirurgia moderna, ha dettato cioè un libro che rappresenta il minimo indispensabile che ogni medico, specie giovane, deve sapere. Egli ha offerto al principiante una mano soprattutto in quel delicato momento della nostra professione che coincide alla decisione dell'opportunità di un intervento, suggerendogli con la propria esperienza e con acconci esempi pratici quando sia doverosa l'astensione e quando occorra agire presto e generosamente. Chi leggerà adunque questo libro e se ne ricorderà a tempo opportuno, non si troverà che ben raramente disorientato dinanzi a qualsiasi caso anche difficile.

E. M.

BOEDERER et LEDENT. *La pratique des déviations vertébrales.* Un volume in-8º di 380 pagine, con 215 figure. G. Doin ed., Parigi. Prezzo 42 fr.

Gli AA. espongono in modo veramente chiaro e completo, coll'aiuto di figure molto numerose e dimostrative, la terapia delle deviazioni vertebrali. Essi svolgono ampiamente il capitolo del trattamento della scoliosi, specialmente di quella parte tanto importante che si riferisce alla ginnastica ortopedica, generale e speciale, applicata allo scoliotico.

CH.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta ordinaria del 6 dicembre 1925.

Presidenza: Prof. RODOLFO STANZIALE, Presidente.

La jonoforesi nella cura della cataratta.

Prof. ANGELUCCI ARNALDO. — Afferma che il migliore risultato con il metodo esposto si è avuto nelle opacità lenticolari incipienti e varietà sottocapsulari con visus varianti al più da 1/10 ad 1/8, ma nella maggioranza dei casi ridotto da 1/6 ad 1/4. L'immagine oftalmoscopica, dopo diverse applicazioni di jonoforesi, mostra un rischiaramento più o meno marcato dell'intorbidamento nebuloso del cristallino, mentre nessuna modificazione apparente si verifica a carico delle opacità radiali corticali, sia che esse esistano da sole o complicate all'opacamento.

Già dopo le prime sedute, quando all'esame dell'acutezza visiva non si notano aumenti apprezzabili qualitativi, i pazienti concordemente dicono di vedere con maggiore precisione i dettagli degli oggetti, liberi da *quel velo* e da *quella nebbia*, sintomi usuali e caratteristici dell'invasione di un processo catarattoso. L'abbagliamento diminuisce, l'aumento della visione oscilla, dopo un numero variabile di sedute, da 1/3 al doppio ed anche talvolta da 1/4 toccare i 9/10.

La comunicazione è accompagnata dalla dimostrazione di due casi clinici.

Neoplasmi ed acido lattico.

Dott. TESAURO GIUSEPPE. — È stato determinato quantitativamente l'acido lattico in pezzi di tessuto neoplastico prelevati da 4 carcinomi della *portio* (uno dei quali complicante la gravidanza) asportati in operazioni laparotomiche, compiute dal prof. MIRANDA nella Clinica Ostetrica.

È stata trovata una media di gr. 0.4076 (minimo 0.398; massimo 0.414) di acido lattico per cento grammi di tessuto neoplastico, valore che si avvicina al massimo di formazione di acido lattico, che si possa provocare nel tessuto muscolare

striato con ogni specie di stimoli chimici e fisici. Determinazioni di acido lattico contemporaneamente fatte nel sangue, hanno dimostrato il passaggio in circolo di questa notevole quantità di acido così prodotta. Tale produzione è da mettere in rapporto col metabolismo della cellula, che per il suo metabolismo energetico, aumentato principalmente per la rapidità e tumultuosità di riproduzione, utilizza i processi anossidativi di scissione in proporzioni molto maggiori della norma, rispetto ai processi ossidativi. In tema di attualità, l'O. enuncia l'ipotesi che la presenza dell'acido lattico, in quantità notevole, possa ricollegarsi al «fattore chimico» di cui hanno parlato gli inglesi Barnard e Gye.

Gli studi saranno proseguiti, perchè la presente è solo una nota preliminare.

A. CHISTONI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 1° luglio 1925.

Presidenza: prof. PIERI, presidente.

Glioma e pseudoglioma della retina.

Dott. FERRARI. — L'O. presenta due bulbi oculari appartenenti a due bambini, che presentavano una sintomatologia simile e interessante.

In un caso si trattava di una bambina di 11 mesi che presentava i sintomi caratteristici del glioma retinico: l'esame macroscopico e microscopico confermò la diagnosi clinica.

Nel secondo caso si trattava di un bambino di 4 anni, che da tre mesi presentava un tipico stato glaucomatoso con caratteristico fondo gatteggiante in occhio cieco, iniettato, dolente: l'esame del bulbo oculare rilevò la presenza di un granuloma coroidale che aveva completamente invaso il bulbo oculare.

L'O. fa presente che, mentre il glioma retinico è una forma ben definita di tumore oculare, il pseudoglioma non è una entità morbosa, ma una denominazione generica con la quale si comprendono svariati processi che hanno in comune il fatto di simulare, per l'aspetto caratteristico della pupilla, il glioma retinico.

Il caso di pseudoglioma presentato si era manifestato con fatti glaucomatosi e ciò rende il caso oltremodo interessante dal lato clinico, perchè di regola in questa forma morbosa si nota diminuzione della tensione endooculare.

La cura del prurito essenziale col silicato di sodio.

Dott. GRIGOLLI. — L'O. riferisce le storie cliniche di tre malati, di cui due guarirono completamente dopo una serie di 12 iniezioni endovenose di silicato di sodio all'1 %; un terzo malato non risentì alcun beneficio da tale cura, e guarì invece in seguito a iniezioni endovenose di bromuro di sodio (soluzione al 10 %) a giorni alterni.

Due casi di infarto intestinale.

Dott. BROGLIO. — Una donna di 26 anni venne ricoverata in Ospedale in stato di grave collasso, sopraggiunto repentinamente durante il trasporto, e spirò appena giunta.

Le notizie fornite dal medico curante affermavano che la malattia datava da otto giorni: si era iniziata con dolori addominali, febbre irregolare, diarrea, non vomito. I dolori erano subcontinui, diffusi, fieri, e solo spontanei: alla palpazione nè si provocava dolore nè si constatava difesa. Si pensò a una enterite.

L'autopsia dimostrò un infarto emorragico di tutto il tenue, del cieco e della metà inferiore del colon ascendente; liquido ematico non molto abbondante nel peritoneo. Nel ventricolo sinistro un voluminoso coagulo bianco organizzato. Il tronco dell'arteria mesenterica superiore era totalmente ostruito da un embolo.

Un'altra donna di 59 anni, sofferente da circa 15 giorni di dolori intestinali vaghi, fu colta improvvisamente da un violento dolore diffuso, accompagnato da vomito, singhiozzo e stipsi. Condotta in Ospedale il giorno dopo, si riscontrarono i sintomi di una peritonite diffusa.

L'intervento dimostrò nel peritoneo abbondante liquido ematico di cattivo odore; il tenue per la lunghezza di oltre due metri (fino a poche dita dalla valvola ileociecale) fortemente dilatato e di colorito nerastro. Il segmento necrotico fu resecato, con impianto del moncone prossimale del tenue nel colon trasverso.

La malata, dopo un temporaneo miglioramento, morì il terzo giorno dall'operazione. Non fu praticata autopsia. Nel pezzo asportato le vene erano trombizzate.

Contributo alla cura chirurgica dell'angina pectoris.

Prof. PIERI. — L'O. ritiene che, allo stato attuale delle nostre conoscenze sull'anatomia e fisiologia del sistema nervoso cardioaortico, il processo più razionale appare quello proposto da DANIELOPOLU (sezione del cordone del simpatico al disopra del ganglio stellato e del nervo vertebrale) integrato dalla sezione del nervo depressore quando questo sia reperibile.

L'O. ha praticato tale operazione (senza la sezione del depressore) in un uomo di 60 anni, pletorico miocarditico enfisematoso e non luetico, che da oltre 10 mesi soffriva attacchi di a. p. al minimo sforzo; negli ultimi tempi era persino destato nella notte dagli attacchi, che si irradiavano con speciale violenza di dolore al braccio sinistro e al capo.

L'O. presenta il paziente. Dopo l'operazione i dolori irradiati sono scomparsi, il dolore retrosternale è molto diminuito, e ridotto a un senso di costrizione che compare negli sforzi corporei e lo avverte tempestivamente di non abusare della resistenza del suo miocardio.

Il notevole miglioramento si mantiene a distanza di otto mesi dalla operazione.

G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'allungamento dell'esofago.

Note sono le dilatazioni fusiformi, sacciformi, cilindriche dell'esofago, mentre molto rari sono i casi in cui la distensione dell'esofago sia più sulla lunghezza che sul suo calibro, più sulle fibre longitudinali che su quelle circolari.

Nelken e Strausz (*Med. Klin.*, 12 giugno 1925) riferiscono un caso di un uomo di 62 anni, che da dodici anni si lamentava di disfagia esofagea e rigurgiti ad intervalli. Contemporaneamente il p. era affetto da un'aortite con insufficienza aortica e aneurisma, ma con la radioscopia si vedeva il pasto opaco arrestarsi all'altezza del cardias, e non al livello dell'aneurisma.

Il regime rigoroso, anestetici locali, sedativi nervosi, fecero migliorare la disfagia esofagea, ma dopo alcuni mesi il p. morì per emorragia intestinale. All'autopsia fu trovato l'esofago notevolmente allungato (42 cm. dal seno piriforme al cardias) e dilatato (12 cm.); ispessimento notevole della mucosa e della muscolare.

Inoltre, al di sotto del cardias, fu trovata un'ulcera gastrica, e un'altra ulcera, d'aspetto più antico, sul duodeno.

Gli AA. pur non escludendo l'ipotesi di una malformazione congenita, attribuiscono tuttavia grande importanza al cardiospasmo, provocato sia dall'ulcera duodenale che dall'ulcera gastrica.

A. POZZI.

Diverticoli del duodeno.

Il diverticolo del duodeno costituisce un'importante condizione patologica poichè è spesso la causa di gravi sintomi addominali. Esso può essere congenito od acquisito: si riscontra più spesso nella seconda porzione, sebbene possa trovarsi in ogni parte e su ogni superficie del duodeno.

Il diverticolo può essere presente per tutta la vita senza provocare alcun sintomo; talvolta, invece, si hanno dei sintomi gravi, derivanti da ristagno di cibi o di corpi estranei, da infiammazione del sacco e dei tessuti circostanti o da distensione della sacca. È opportuno pensare ad esso in ogni caso di dolori nella parte superiore dell'addome di origine oscura.

Come osserva P. F. Butler (*Boston med. and surg. journal*, 9 aprile 1925) la diagnosi clinica è praticamente impossibile, perchè i sintomi sono indefiniti e variabili: la diagnosi sicura è affidata all'esame radiologico, per cui è indispensabile il fluoroscopio.

Ora che si fanno più frequentemente i consueti esami ai raggi X, si nota che i diverticoli del duodeno si osservano con maggiore frequenza. La cura indicata è quella chirurgica se i sintomi sono gravi, nessun'altra cura può dare giovamento.

fil.

L'areofagia. Sua azione nelle cardiopatie, nelle sindromi appendicolari e nel vomito delle gravide.

Leven (*Le Bulletin médicale*, 26 settembre 1925) richiama l'attenzione dei medici sull'azione che può esercitare l'areofagia, simulando a volta a volta e affezioni cardiache e sindromi appendicolari e il vomito incoercibile delle gravide.

Circa la presenza dell'areofagia concomitante a disturbi cardiovascolari l'A. distingue 3 gruppi di malati in cui i due disturbi coincidono.

In un primo gruppo la malattia principale è l'areofagia, mentre i disturbi cardio-vascolari sono secondari a questa. In un secondo gruppo vi è un'affezione cardiaca chiara, più areofagia che aumenta i disturbi; e in un terzo gruppo l'areofagia coesiste ad un'affezione cardiaca latente che si svela solo dopo lasso di tempo più o meno lungo.

Altre volte l'areofagia con distensione meteorica del colon può produrre delle crisi addominali tanto violenti da simulare un'appendicite. Cita a questo proposito il caso di una malata colta da colica addominale in cui era stata diagnosticata appendicite, nella quale scomparve ogni sintomatologia col decubito sul fianco destro.

Può infine l'areofagia produrre nelle gravide un vomito infrenabile che può simulare il vomito essenziale gravidico. Il conoscere e diagnosticare bene questi casi, risparmia alle volte al malato interventi curativi non innocui, laddove ogni sintomatologia scompare con la semplice cura adatta dell'areofagia.

RICCARDI.

L'ascaridiosi chirurgica.

Le Roy des Barres (*Presse médicale*, 17 ottobre 1925) osserva che il chirurgo, specialmente quello che esercita in un ambiente in cui il parassitismo intestinale è frequente, come accade per l'estremo Oriente, deve tener presente tale affezione, perchè l'ascaridiosi è suscettibile di dare da un momento all'altro delle condizioni di pieno dominio chirurgico, (occlusione intestinale, invaginazione, volvolo, ostruzione del coledoco, dell'esofago, peritonite, ecc.); in tali casi, il parassita agisce meccanicamente.

I disturbi gastro-intestinali e nervosi dati dagli ascaridi possono poi simulare un'affezione chirurgica: appendicite, occlusione intestinale, peritonite e, per errore di diagnosi, indurre il chirurgo ad un intervento non giustificato.

Dopo alcuni interventi, poi, l'ascaridiosi provoca delle complicazioni impressionanti per il loro quadro clinico e che, se misconosciute, potrebbero avere delle conseguenze gravi. Uno o più ascaridi possono ostruire una bocca di gastroenterostomia, creare una ostruzione intestinale, dare accidenti reflessi che fanno talora pensare ad una peritonite o ad un'occlusione.

Infine, l'ascaridiosi, affezione tossica, può in qualche caso influenzare in modo sfavorevole il decorso delle ferite.

Il chirurgo deve sempre far praticare l'esame delle feci in modo che, con un trattamento medico, possano evitare gli eventuali accidenti.

fil.

I calmanti gastrici.

È nota la maravigliosa azione del bismuto, che è indicato in tutte le infiammazioni delle mucose: gastrite preulcerosa, ulcera, duodenite, periduodenite. Alcuni preferiscono il carbonato che invece secondo altri (*Journal des praticiens*, 1° agosto 1925), è meno attivo che il sottonitrato. Per questo si consiglia l'uso del preparato prescritto dalla Farmacopea francese del 1884 che, pure essendo meno acido, possiede un'acidità sufficiente per provocare il richiamo di una secrezione mucosa che calma l'irritazione della parete. Lo si dà a dosi di 8-10 grammi al mattino in un bicchiere d'acqua calda; la prima colazione si farà mezz'ora dopo. Il bismuto ha però l'inconveniente di costare caro e si può quindi con vantaggio prescriverlo col caolino; g. 7.50 di questo con g. 2.50 di sottonitrato di bismuto; per una carta, da prendersi ogni mattina. Tale medicazione potrà agire anche se presa a dosi refratte nel corso della giornata, in mezzo all'agar od alla gelatina.

Anche la belladonna è un calmante prezioso che si ordina a dosi di un cg. della polvere associata alle cartine col bismuto, o di estratto (1 cg. prima dei pasti) o di tintura (30-50 gocce al giorno); l'atropina si dà a dosi di 3-4 milligrammi in 100 di acqua distillata; un cucchiaino prima dei pasti del mezzogiorno e della sera.

L'oppio ha l'inconveniente di eccitare la secrezione gastrica e di dare costipazione. Due-tre gocce di laudano prima dei pasti possono calmare i dolori; Mathieu preferiva la codeina o la dionina (30 cg. in 150 cmc. di acqua; 4-10 cucchiaini al giorno). La morfina per iniezioni sottocutanee non conviene che ai cancerosi, per i quali si darà in quantità di 5 cg. associata con 10 cg. di cocaina in 150 cmc. di acqua, da prendersi a cucchiaini ogni 5 minuti fino a scomparsa dei dolori, non oltrepassando i 10 cucchiaini.

L'aspirina può riuscire nelle periduodeniti e pericolecistiti. L'acqua di cloroformio dà buoni risultati nelle nausee e nei vomiti nervosi; la si prescrive con dose doppia di acqua comune, facendone prendere 1-3 cucchiai fino a 6-8 nelle 24 ore.

Quanto al bicarbonato di sodio, esso calma ugualmente i dolori e certi malati ne fanno abuso. Talvolta più efficace che gli oppiacei, viene di solito associato alle polveri assorbenti e riesce bene particolarmente nei casi di disturbi secretorii e motorii nonchè quando vi sia acidità con distensione gastrica.

fil.

La terapia delle emorroidi.

È indubbio che nella patogenesi dei noduli emorroidari si trovi spesso, oltre alla debolezza del tessuto connettivo, una ipoplasia di tutto l'apparato circolatorio.

Bisogna inoltre rammentare che le vene emorroidarie inferiori, le quali contribuiscono in maniera quasi esclusiva alla formazione dei noduli, sboccano direttamente nella cava inferiore, così da venire ad essere influenzate nella loro circolazione da qualsiasi fatto di stasi, anche minimo, del cuore destro.

Per tali considerazioni non sembra a R. Semler (*Deut. Med. Woch.*, n. 47, 1925) illogico proporre l'impiego della digitale nella terapia delle emorroidi, avendo avuto praticamente in vari casi dei resultati assai soddisfacenti. L'A. consiglia a tal fine di incorporare il preparato digitalico (in dose corrispondente a gr. 1-1,5 di polvere di foglie) nei suppositori medicamentosi.

Dopo 5-6 giorni di tale cura sarà bene sostituire alla digitale la scilla, usando, per es., lo scillaren, il quale ha azione elettiva nella debolezza del cuore destro, ed ha minor tendenza all'accumulazione.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Mezzi epilatori. — All'abb. n. 10187:

Come si è detto più volte in questa rubrica, non c'è da attendersi con i comuni epilatori la scomparsa definitiva dei peli, a meno di produrre sulla cute affetta una necrosi così profonda da distruggere la papilla del pelo con la permanenza di cicatrici ancora più deturpanti che non la stessa ipertricosi.

Con le consuete cautele, allo scopo appunto d'impedire una distruzione troppo profonda della cute o anche una semplice eccessiva irritazione

della stessa, si può adoperare uno dei tanti epilatori in uso:

P. e.

Solfuro di arsenico, gr. 1;

Calce viva, gr. 8.

Farina ed acqua q. b. p. f. pasta molle.

(Depilatorio del PLENK: *Rusma dei Turchi*).

V. JESSNER: *Terapia delle malattie della pelle.* Un. tipogr.-editrice, Torino 1897, p. 542.

V. MONTESANO.

Autoemoterapia. — Al dott. G. C., Napoli:

L'autoemoterapia utilizza il sangue totale estratto da una vena, iniettato allo stesso donatore nel sottocutaneo, nei muscoli, nella vena stessa. Per le trasformazioni che il sangue, estratto dai vasi, rapidamente subisce, l'autoemoterapia rientra nel capitolo della proteinoterapia aspecifica; ma la sostanza inoculata offre il vantaggio della proteina eterogenea, pur mantenendo delle affinità grandi con l'ambiente organico del soggetto, utili ad attenuare i fenomeni di choc.

La tecnica è semplicissima; si aspirano con una siringa da una vena 10-20 cmc. di sangue totale e si iniettano rapidamente, sì da evitare la coagulazione, nella natica dello stesso soggetto o per via intramuscolare o sottocutanea. In autori non modernissimi si può trovare accenno a questo tipo di terapia; essa ricorda la terapia delle ecchimosi degli ematomi empiricamente adoperate da alcuni popoli; ha punti di contatto con la terapia delle ventose, che determina degli stravasi sierosi.

Nelle *dermatosi pruriginose* è in generale indicata l'autoemoterapia. Ottimi effetti si ottengono nell'urticaria, nei pruriti localizzati e generalizzati; i risultati migliori sono riferiti nei casi in cui il prurito è la manifestazione essenziale.

Nell'eczema in cui il prurito è segno accessorio, per quanto da molti consigliata, l'autoemoterapia fallisce il più delle volte.

T. PONTANO.

Al dott. P. C., da G. M.:

Per la radiodiagnostica il *Trattato italiano di Radiologia*, edito dalla Casa Taddei, Ferrara 1924. Per l'interpretazione dei radiogrammi: *Atlante radiografico delle ossa* di SESSA e ALBERTI, Cappelli ed.; *id.* di BERTWISTLE (in inglese), J. Wright ed., Bristol; ed in tedesco (il più noto) di GRASHEY.

Per la diatermia il KOWARSCHIK tradotto da VITALE e CHIOZZI o il libro di BORDET; per il resto il libro di GUILLEMINOT: *Elettrologia e Radiologia*, Masson ed. I testi italiani sono scarsi; prima della pubblicazione del Trattato italiano bisognava rivolgersi a edizioni tedesche o per lo meno francesi.

E. MILANI.

VARIA

Il tenore di vita in Italia.

È ormai noto e dimostrato che il modo di vivere d'ogni cittadino italiano è migliorato molto, se si confronta con quello che era prima della guerra. Tuttavia non è privo di interesse rilevare come si comporta tale miglioramento a seconda delle voci.

Per esempio: prima della guerra ogni cittadino mangiava, in un anno, 14 Kg. di carne fresca; ora ne mangia 21. Il consumo delle carni salate è pure di molto aumentato, poichè da Kg. 4 in un anno, si è giunti a 19 per ogni abitante. L'olio da condimento da Kg. 19 è passato a 29; lo zucchero da Kg. 5 ad 8 ed il caffè da gr. 800 a grammi 1300.

Pari al vitto è aumentato l'uso del vino: infatti il consumo di vino era considerato di litri 30 per abitante ed ora passa a 50, mentre è diminuito quello della birra da 3 a 2 litri.

Il maggior aumento si nota però nel tabacco, pel quale è da aggiungersi l'aumentato costo: di guisa che prima della guerra la spesa per abitante si poteva considerare di L. 9 ed ora raggiunge la cifra di L. 69, quanto dire una spesa quasi otto volte maggiore, mentre la svalutazione della moneta è da quattro a cinque volte.

Del resto, di moltissimi altri generi d'uso comune è aumentato il consumo annuo individuale: le lampadine elettriche per esempio da 0.27 sono passate a 0.48, riprova di un più diffuso regime di comodità domestica.

Inoltre si può dire moltiplicato il consumo individuale annuo dell'energia elettrica, passato da chilowatt-ora 53 a 122; la qual cosa dimostra l'incremento dell'attività industriale e la modernizzazione della vita sociale.

In quanto ai mezzi di locomozione, essi pure sono aumentati in modo impressionante. Così le biciclette sono passate da 1,200,000 a 2,300,000; le motociclette erano 17,000 e sono diventate 38,000; le motocarrozzette non esistevano e sono 11,000; c'erano 29,000 automobili private e ce ne sono 74,000; le automobili pubbliche da 1500 sono cresciute a 7000; di autocarri se ne contavano 900 e se ne contano 28,000.

E tutto ciò naturalmente è indice di un accrescimento della ricchezza nazionale, derivante specialmente dall'assestamento d'ogni ramo di lavoro: una cosa tuttavia è in contrasto con tutta questa scala ascendente: l'aumento dei medici in rapporto alla popolazione e la diminuzione assoluta e relativa delle giornate di malattia: quello tuttavia che sembra inconcepibile è che coll'aumento dei medici si mantiene in diminuzione la mortalità.

(Da *L'Avven. Sanit.*).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

Il sistema delle nomine degli ufficiali sanitari.

Con R. D. 29 novembre 1925 n. 2266, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 29 dicembre n. 301, sono state emanate disposizioni per la nomina degli ufficiali sanitari. È da sperare che si entri così in una fase di sistemazione organica normale.

Esponiamo sinteticamente il sistema delle nomine risultante dalle disposizioni del Testo Unico delle leggi sanitarie e del recente decreto.

Rimane fermo il principio della nomina dell'ufficiale sanitario in persona del medico condotto qualora non sia possibile l'esercizio separato delle due funzioni (art. 18 T. U.). All'uffciale sanitario così nominato si applicano tutte le disposizioni relative al medico condotto contenute nel Capo VII del T. U. già citato, eccettuata la stabilità, la quale cessa appena sia possibile scindere le due funzioni.

Fuori di questo caso, quando cioè sia possibile separare le funzioni di vigilanza igienica da quelle di assistenza sanitaria, la nomina dell'ufficiale sanitario è fatta dal Prefetto in base alle risultanti di un concorso pubblico (art. 1° R. D. 29 novembre 1925).

È da ritenere che si possano considerare ormai superate le quistioni relative alla legittimità dell'incarico conferito a medici liberi esercenti, perchè è ora più marcata la distinzione delle due ipotesi che sole sono possibili, secondo il sistema della legge: o incarico provvisorio al medico condotto o nomina in base a concorso, con tutti gli effetti della stabilità.

Il concorso è per titoli ed esami. Si fa eccezione a questa regola soltanto in due casi: 1) « Nei Comuni che, giusta l'ultimo censimento od in base alle risultanze dei registri d'anagrafe, regolarmente tenuti, abbiano raggiunto una popolazione di 100,000 abitanti, i concorsi possono essere banditi *per soli titoli*, quando l'analoga richiesta sia fatta dal Consiglio comunale »; ma anche in questo caso la Commissione giudicatrice ha facoltà di sottoporre i concorrenti alle prove di esame o a talune di esse; 2) « Per i Consorzi, che saranno definitivamente costituiti entro il 31 dicembre 1926, sarà bandito un concorso *per soli titoli*, al quale saranno ammessi soltanto gli ufficiali sanitari con nomina definitiva dei Comuni consorziati e quelli provvisori, con regolare nomina prefettizia, i quali dalla data del 1° gennaio 1924 abbiano prestato ininterrotto servizio in uno dei Comuni predetti; anche in questo caso la Commissione può sottoporre i concorrenti a tutte le prove di esami o ad alcune di esse.

La Commissione giudicatrice dei concorsi per titoli ed esami è composta: del Vice Prefetto, Presidente; di due professori stabili di Università (uno di igiene ed uno di clinica medica) nominati dal Prefetto; del medico provinciale e di un ufficiale sanitario, capo di ufficio di igiene, nominato dal Prefetto.

La stessa Commissione provvederà ai concorsi aperti contemporaneamente o a breve distanza di tempo per posti vacanti nella stessa provincia. La Commissione si raduna presso la Prefettura della Provincia. Le prove di esami hanno luogo normalmente nel Capoluogo della Provincia.

I programmi e le norme generali sono stabiliti dal Ministero dell'Interno.

Gli esami consistono in prove scritte, esercizi pratici e prove orali.

Qualora si proceda a concorso per soli titoli la Commissione è composta: del Viceprefetto, presidente; del professore stabile di igiene più anziano appartenente al Consiglio superiore di Sanità; di tre professori stabili di Università (igiene, clinica medica, patologia generale) nominati dal Prefetto; del medico provinciale; di un ufficiale sanitario capo d'ufficio d'igiene di un capoluogo di Provincia, nominato dal Prefetto.

L'avviso del concorso deve essere pubblicato almeno 45 giorni prima della scadenza del termine utile per la presentazione delle domande, deve rimanere affisso all'albo della Prefettura e a quello dei Comuni interessati e deve essere inscrito contemporaneamente nel Foglio degli annunzi legali della Provincia, in due periodici sanitari del Regno e in un giornale quotidiano.

Il concorrente deve presentare in ogni caso (oltre i titoli scientifici e di carriera che egli crederà utili nel proprio interesse e che devono essere scritti in un elenco in due originali) i seguenti certificati: *a*) nascita; *b*) cittadinanza italiana; *c*) non aver subito condanne penali per i titoli indicati nell'art. 25 del T. U. della legge comunale e provinciale; *d*) buona condotta morale e politica; *e*) adempimento degli obblighi di leva; *f*) sana e robusta costituzione e idoneità fisica all'esercizio della carica. Deve anche presentare diploma di abilitazione all'esercizio della professione di me-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

dico chirurgo *in originale o copia notarile* o diploma, sempre in originale o copia notarile, di laurea in medicina e chirurgia conseguita entro il 31 dicembre 1924 o conseguita entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovavano nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909.

Il certificato penale e quello di buona condotta devono essere di data non anteriore a tre mesi a quella dell'apertura del concorso; il certificato di idoneità fisica deve essere di data recente.

Da queste disposizioni risulta che non si richiede il certificato di iscrizione nell'albo degli Ordini dei sanitari e che non è previsto il caso della produzione del *certificato* di laurea invece del diploma o della copia notarile. Si deve ritenere che il certificato non sia efficace, salvi casi eccezionali di necessità.

Il limite massimo di età è di anni 45 alla data della pubblicazione del bando del concorso; però questo limite è elevato di cinque anni per coloro che abbiano prestato servizio militare durante la guerra. Ciò risulta dall'art. 8 del R. D. 29 novembre 1925, il quale fa salva espressamente la disposizione dell'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290.

Sono esentati completamente dal limite di età: *a*) i medici provinciali ed i medici provinciali aggiunti, i quali abbiano prestato per almeno sei anni servizio effettivo nell'amministrazione sanitaria del Regno; *b*) coloro che, alla data del bando di concorso, prestino servizio in un Comune o Consorzio, nella qualità di ufficiali sanitari, con nomina biennale o definitiva o di impiegato di ruolo presso uffici di igiene o presso reparti medico-micrografici di laboratori di vigilanza igienica; *c*) coloro che, alla data del bando del concorso, abbiano prestato tre anni di ininterrotto servizio in un Comune o Consorzio, nella qualità di ufficiale sanitario, a seguito di regolare nomina prefettizia, anche provvisoria.

Da queste disposizioni risulta che, per i medici provinciali e i medici provinciali aggiunti, non è richiesta la condizione dell'*attualità* del servizio al tempo della pubblicazione dell'avviso del concorso; nei casi, invece, indicati alle lettere *b*) e *c*) si richiede sempre la condizione dell'attualità del servizio, con la differenza che nel primo caso (*b*) è sufficiente qualsiasi servizio *in atto*, indipendentemente dalla durata di esso; nell'altro, invece (*c*) è necessario che il servizio di ufficiale sanitario anche provvisorio sia durato almeno tre anni ininterrottamente.

La Commissione decide sulla ammissibilità dei concorrenti e provvede alla classificazione per ordine di punti. A parità di merito « hanno vigore le norme di cui all'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923, n. 2073 ». Riportiamo integralmente, così com'è, questa disposizione, compresa nell'art. 11 del R. D. 29 novembre 1925, riservandoci di esplicare e di precisare la efficacia delle norme concernenti le preferenze e le precedenze rispettivamente stabilite dall'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, e dall'art. 7, terzo comma, del R. D. 28 gennaio 1923, n. 153.

Purtroppo la giurisprudenza del Consiglio di Stato è, in questa materia, disorientata. Non è il caso di approfondire ora la quistione, tanto più che per gli ufficiali sanitari, data la efficacia della graduatoria, la risoluzione di eventuali dubbi presenterà minori difficoltà.

Formata la graduatoria, il Prefetto, se riconosce regolare il procedimento, provvede alla nomina dell'ufficiale sanitario.

Il R. D. non dice se il Prefetto debba seguire l'ordine della graduatoria o se abbia facoltà di scegliere. E' da ritenere che, trattandosi di nomina in base a graduatoria per ordine di merito e non attribuendo la legge espressamente facoltà di scelta, la classificazione abbia efficacia vincolante, nel senso che il Prefetto debba seguire l'ordine di essa, salve cause legittime, le quali devono essere positivamente indicate ed accertate.

Il provvedimento del Prefetto è definitivo, nel senso che contro di esso non può essere proposto reclamo in via gerarchica, ma è ammesso ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale per incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere. La nomina ha effetto per un biennio di prova. Non oltre un mese dopo la scadenza del biennio il Prefetto, sentito il Consiglio Provinciale di Sanità ed il Consiglio comunale, o l'Amministrazione consorziale interessata, procede alla nomina definitiva o al licenziamento « ai termini della legge » — dice l'art. 12 della legge. Si deve intendere che il Prefetto sia obbligato a provvedere con decreto *motivato*, perchè così dispone l'art. 18 del T. U. delle leggi sanitarie; non modificato in questa parte dal R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889.

E' da ritenere però che il termine di un mese non sia perentorio, come ha più volte dichiarato il Consiglio di Stato in rapporto alla disposizione analoga dell'art. 80 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 446.

Sono abrogate le disposizioni contenute nel Capo I, titolo III, del citato regolamento 19 luglio 1906, concernenti il concorso e la nomina degli ufficiali sanitari. Rimangono però in vigore quelle del Capo II, circa i diritti e i doveri, salve le modificazioni risultanti dal decreto 30 dicembre 1923, n. 2889; art. 28, 29, 30, 31, 32.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Il 31 gennaio ebbe luogo l'assemblea ordinaria annuale dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma.

Numeroso è stato il concorso di soci intervenuti.

Prima d'iniziare i lavori il presidente prof. Gallenga ricorda con commosse parole la perdita di S. M. la Regina Margherita ed invita l'assemblea a raccogliersi un istante in devoto omaggio.

Quindi dà lettura di una esauriente relazione morale circa l'attività svolta dal Consiglio d'Amministrazione durante il decorso anno. Su di essa prendono successivamente la parola i dottori Coletta, Stagnitta, Pazzi, Biasotti, Coen-Cagli, Lugli, Culla, Vella, Ballerini e Paparozzi per prospettare, chiarire e lumeggiare vitalissime questioni attinenti alla tutela morale e materiale della classe. La relazione viene approvata all'unanimità e l'assemblea tributa un voto di plauso all'intero Consiglio d'Amministrazione.

Dopo avere approvato il conto consuntivo del 1925 ed il bilancio preventivo per il 1926, e dopo aver trattato ed esaurito altri diversi argomenti d'ordine interno, l'assemblea prende in esame quanto si riferisce ai rapporti tra Sindacato dei Sanitari ed Ordine dei Medici e dopo breve discussione approva a grandissima maggioranza — soltanto tre voti contrari — il seguente ordine del giorno:

« L'Assemblea dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, presa visione del voto del Direttorio delle Corporazioni fasciste col quale si domanda l'abolizione degli Ordini professionali;

constatato che il Governo Nazionale di recente ha modificato la legge costitutiva degli Ordini Forensi aumentandone l'importanza, che ha creato e sta creando nuovi Ordini e Collegi, estendendo il loro controllo morale ad altre categorie di professionisti, che nella legge sul riconoscimento giuridico dei Sindacati stabilisce per le professioni intellettuali la coesistenza degli Ordini e Collegi e dei Sindacati;

tenuto presente che per la natura e costituzione dei Sindacati le professioni intellettuali non possono essere lasciate senza un organo che comprendendo indistintamente tutti gli esercenti una professione ne disciplini l'attività;

riafferma che per le professioni di alta importanza sociale e responsabilità morale, tra le quali in prima linea la medicina e chirurgia, non possa demandarsi la tutela della moralità e del decorso se non ad enti che abbiano funzione di magistratura e che possibilmente non abbiano la cura degli interessi economici;

rinnova l'espressione della fede della classe medica nel Governo Nazionale e l'intendimento di agire in piena e sincera concordia ed entro i termini stabiliti dalla vigente legge col Sindacato medico fascista, e di seguire con disciplina le direttive segnate dal Governo;

fa voti che questi voglia con chiare disposizioni di legge regolare la futura azione degli Ordini dei Medici con le stesse norme emanate per gli Ordini Forensi ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Municipio*. — Capo del Laboratorio batteriologico (II Grado tecnico); stip. iniziale lire egiziane 900 annue, elevabile a L.E. 1140, con aumenti biennali di L.E. 80. Diritto a pensione dietro ritenuta del 5 %. Età mass. 45 a. Laurea riconosciuta in medicina; titoli di preferenza: diploma d'igiene pubblica ed esperienza effettiva nella batteriologia dei paesi caldi. Scad. 10 marzo 1926. Rivolgersi alla « Commission Municipale », Alessandria.

BARBONA (*Padova*). — Al 31 mar., ore 18; ha. 900, ab. 2000, iscritti 500; L. 10,000 per 1000 iscritti, addizion. L. 5; cinque quadrienni dec.; 1° c.-v. in L. 420 e 2° c.-v. in L. 1200 più L. 0.85 al giorno per ogni pers. a car.; L. 800 bicicl.; L. 500 uff. san.; richiedesi autorizzaz. all'esercizio profess. (*sic*). Tassa L. 50.10. Per altre condiz. chiedere annunzio. Serv. entro 15 gg.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Medico assistente; L. 4500, oltre L. 2200 c.-v., percentuale Sezione Kinesiterapica; età mass. 30 a. Esame (prova clinica sul malato ed esercitaz. sul cadavere. Nomina annua dal 1° marzo; conferme annue fino a 40 a. Sarà tenuta in consideraz. la conoscenza d. lingua inglese o tedesca. Docum. alla segreteria non oltre le ore 17 del 20 feb.

BORGHETTO VARA (*Spezia*). — Scad. 25 febbraio; L. 8200 e 10 bienni ventes., oltre L. 300 (*sic*) bicicl. e L. 500 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

CAPIZZONE (*Bergamo*). — Al 20 feb.; consor. 4 com.; L. 8000 per c. 150 pov. e L. 1000 trasp., L. 200 ambul., L. 120 assic., 2 c.-v.; 4 sessenni dec. Serv. entro 20 gg.

CATTOLICA (*Forlì*). — A tutto 1 mar.; L. 9000 da aumentarsi con deliberaz. in corso del 15 %, oltre c.-v.; 10 bienni ventes. Tassa L. 50.15. Assunz. serv. entro 15 gg.

COLLAZONE (*Perugia*). — Scad. 20 feb.; L. 8000 oltre L. 600 serv. att., due c.-v.; L. 4000 cavallo; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10.

FABRIANO (*Ancona*). — Scad. 28 feb.; per Collamato; L. 9000 e doppio c.-v.; abitaz. gratuita; quadrienni dec.; L. 3000 cavalc. Abit. c. 3000 di cui 1000 pov. Tassa L. 50.

FILATTIERA (*Massa Carr.*). — Due cond.; proroga 28 feb. Chiedere annunzio. L. 9000, oltre L. 50 mens. c.-v.; L. 500 uff. san. o maggiore assegno. Tassa L. 50.15. Precisare la condotta.

FIRENZE. *Spedale di S. Giovanni di Dio.* — Direttore chirurgo primario; età mass. 40 a.; 7 a. di laurea e 5 in ospedali o cliniche o istituti di patol. chir., dei quali 3 almeno come effettivi. L. 10,000, oltre 50 % tasse operazioni a degenti in camere separate; 2 camere per abitaz.; eventualm. quartiere dietro corrispettivo di L. 4000. Incompatibilità con altri uffici. Tassa L. 50. Docum. alla segreteria (via Borgognissanti 16) entro le ore 16 del 20 feb. Nom. biennale, conferma per 18 anni.

FOLIGNO (*Perugia*). — Scad. 22 feb.; due cond. rurali (Annifo e Capodacqua). Età lim. 35 a. Rivolgersi segreteria com.

FORLÌ. *Municipio.* — Direz. Dispensario Antivenereo. Alle ore 18 del 24 feb. Titoli ed esami. Onorario L. 4000 annue, esclusa ogni altra indennità. Tassa L. 25.10. Chiedere annunzio. Serv. entro 20 gg. Nomina e conferma triennali. Doc. a 3 mesi.

FRASCATI (*Roma*). — Al 28 feb., ore 12. Condotta medica. Abit. 12,000 (in 3 condotte di cui una chirur.). Turno nelle due cond. mediche. L. 9000 e c.-v. Addizion. L. 4 oltre 3000 pov.; L. 5 oltre 6000. Docum. poster. al 1° sett. Km. 18 da Roma.

GEMONA (*Udine*). — Al 20 feb., 2° rep.; 1000 pov.; L. 8000; oltre L. 500 serv. att.; L. 300 cav.; secondo c.-v.; tassa L. 50.

GENOVA. *Municipio.* — Medico titolare dei dispensari antivenerei. Scad. ore 16 del 27 feb. Vedi fasc. 6.

MAGLIANO IN TOSCANA (*Grosseto*). — Scad. a 3 mesi dal 4 gen.; L. 9700 e in più L. 600 se scapolo, L. 1200 se ammogliato.

MOLINELLA (*Bologna*). — Scad. 28 feb.; 2ª cond.; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. cav. e c.-v.

MONTIERI (*Grosseto*). — Scad. 28 feb.; L. 9700 oltre L. 1000 uff. san. Tassa L. 50.

ORVINIO (*Roma*). — L. 10,500 per 1000 pov.; addizion. L. 4; quattro quadrienni; L. 400 uff. san.; L. 500 servizio carceri; L. 300 arm. farm. Tassa L. 50.05. Scad. 18 marzo.

PEDEROBBA (*Treviso*). — *Opere Pie d'Onigo.* — Al 28 feb. Direttore Ospedale Guglielmo e Teodolinda d'Onigo e condotto della fraz. Pederobba; L. 10,000; cinque quinquenni dec.; c.-v.; motocicletta L. 1900. Tre anni lodevole servizio pratico, chirurgico, ostetrico in ospedale primario e notoriamente importante.

PRIGNANO (*Modena*). — Scad. 2 mar.; 2ª cond.; L. 8000 oltre L. 2500 cav.

QUISTELLO (*Mantova*). — Scad. 25 feb.; per Nuvolato; L. 9500; due c.-v.; 4 quadrienni dec.; indenn. trasp. varia.

SENOSECCHIA (*Trieste*). — Consor. Scad. ore 16 del 3 mar. Vedi fasc. 6.

SESANA (*Trieste*). — Consor. Scad. 25 feb. Vedi fasc. 6.

TREVIGNANO (*Treviso*). — A 30 gg. dal 31 gen.; L. 8000, oltre L. 3000 trasp., c.-v., L. 700 uff san., 5 quinquenni dec. Età lim. 40 a. Biennio in osped. o cond. Docum. a 3 mesi. Tassa L. 50.10.

VOLTERRA (*Pisa*). — Per Villamagno; ab. 1447, pov. c. 100; L. 10,000 e addiz. L. 3 oltre 500 pov.; due c.-v.; L. 3500 cav.; quadrienni dec. fino a L. 15,000; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 28 gen. Tassa L. 50.15. A tutto 28 feb.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Sono stati nominati rettori: per l'Università di Firenze il prof. Enrico Burci; per quella di Pavia il prof. Ottorino Rossi.

Libere docenze.

Sono abilitati alla libera docenza in base alle nuove disposizioni i dottori: Di Tullio Enrico in antropologia criminale; Letteri Francesco Saverio in clinica chirurgica; Comolli Antonio Giovanni in clinica chirurgica e medicina operatoria; Brisotto Pietro, Merelli Gino e Piazza Antonio in clinica otorinolaringoiatrica; Remotti Ettore e Sereni Enrico in fisiologia generale; Rabbeno Angelo in fisiologia sperimentale; Macaggi Domenico in medicina legale; De Luca Luigi in medicina operatoria; De Benedetti Salvatore in patologia medica; Vespignani Arcangelo in radiologia medica; per esami: Medi Arturo e Sacchetti Alma in clinica pediatrica; Golgi Alessando in igiene; Leffi Angelo e Marchesi Clemente in patologia chirurgica; Maurizi Maurizio in patologia medica.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: prof. Giovanni Pini, Bologna; dott. Nicola Tucci, Teramo.

Cavaliere: dott. Gaetano Lizio Bruno di Palermo (congratulazioni al nostro amico).

Premio « Riccardo Luzzatto ».

Il Senato Accademico della R. Università di Modena, nella seduta del 25 gennaio, ha conferito il premio annuo perpetuo destinato ad onorare la memoria del compianto prof. Riccardo Luzzatto, al dott. Mario Prati, aiuto nell'Istituto di Medicina Legale, diretto dal prof. Leone Lattes, per due lavori intitolati: « Sull'uso del Lumbricus terrestris per l'identificazione biologica dei veleni » (con 22 figure grafiche e una tabella); « Sul tamponamento pericardico e sulle possibilità di un suo trattamento farmacologico. Ricerche sperimentali » (corredato di 14 tavole fuori testo di curve sfigmografiche). La Commissione giudicatrice nella sua relazione per detto conferimento ha rilevato che i lavori presentati dal dott. Prati « vertono sopra argomenti nuovi ed interessanti, sono condotti con buona tecnica, portano un notevole contributo alla risoluzione dei problemi proposti, giungono a dati utilizzabili dalla patologia e terapia. In uno di questi, cioè nel secondo lavoro, è considerevole la dimostrazione grafica che l'autore ha fatto per le sue ricerche ».

Il dott. cav. Gaetano Pucci con recente decreto è stato decorato della medaglia di bronzo al merito della Sanità pubblica per l'opera prestata in zona di guerra durante l'epidemia influenzale nell'autunno 1918.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale di Chirurgia.

La Società internazionale di Chirurgia terrà il suo VII Congresso a Roma, dal 7 al 10 aprile, sotto l'alto patronato del Re d'Italia e con la presidenza del prof. sen. Davide Giordano di Venezia. Segretario generale della Società è il dott. L. Mayer di Bruxelles; segretario generale del Congresso è il prof. L. Dominici, R. Clinica Chirurgica di Roma.

Al 15 gennaio erano già iscritti oltre 400 congressisti. Affinchè sia possibile di predisporre tempestivamente gli alloggi, si prega di non ritardare le iscrizioni.

Il numero considerevole dei disserenti obbliga l'Ufficio del Congresso a limitare il tempo concesso a ciascuno; l'Ufficio sollecita, invece, a fare largo uso di proiezioni luminose.

Programma provvisorio: Martedì 6 aprile, ore 15: riunione del Comitato Internazionale. Mercoledì 7, ore 10: seduta inaugurale; ore 14: seduta scientifica; temi: « Curieterapia del cancro uterino », relatori O. Beuttner (Ginevra), M. Donaldson e S. Fordike (Londra), E. Pestalozza (Roma), S. Recasens (Madrid), C. Regaud (Parigi); « Ascesso del fegato », relatori: L. Dominici (Roma) e P. Petridis (Alessandria d'Egitto); ore 21, ricevimento del Governatore di Roma. Giovedì 8: ore 9, seduta operatoria negli ospedali; ore 14: seduta scientifica; tema « Terapia dei tumori cerebrali », relatori: A. W. Adson (Rochester), R. Bastianelli (Roma), H. Brun (Lucerna), T. de Martel (Parigi), R. Lozaro (Saragozza), P. Sargent (Londra); ore 22: ricevim. del presidente. Venerdì 9; ore 8: seduta scientifica; tema « Chirurgia della milza », relatori: Cortes-Sbado (Siviglia), Henschen (San Gallo), N. Leotta (Bari), Papayonannon (Gheriret), M. Patel (Lione); ore 10.30 seduta ammin.; ore 14: escursione a Tivoli e alla villa Adriana. Sabato 10: ore 9: seduta operatoria; ore 14: seduta scientifica; tema: « Esiti remoti dell'epilessia jacksoniana »; relatore R. Leriche di Strasburgo. Sono stabiliti due colazioni, tre pranzi, tè ecc.

L'Agenzia Cook è stata incaricata dell'organizzazione dei viaggi e ne ha elaborato tre piani dettagliati.

L'Ufficio Belga di Navigazione ha organizzato per i congressisti due viaggi a prezzi ridotti, l'uno nell'Oriente, l'altro nel Sahara.

Giornate Mediche Tunisine.

Nella prossima Pasqua e precisamente dal 2 al 6 aprile, avranno luogo a Tunisi le « Journées Médicales Tunisiennes », organizzate da un numeroso gruppo di medici francesi e italiani, sotto la presidenza d'onore di S. E. il Ministro Residente, sig. Luciano Saint, e la presidenza effettiva del prof. C. Nicolle, direttore dell'Istituto Pasteur di Tunisi.

I temi messi all'ordine del giorno sono: 1) Chirurgia gastro-duodenale; 2) Febbre mediterranea; 3) Profilassi e cura della rosalia; 4) Il tracoma.

Ecco il programma dettagliato: venerdì 2 aprile: al mattino arrivo dei congressisti; ore 14.30: inaugurazione del Congresso e dell'Esposizione di Igiene con la presidenza del Ministro Residente Generale; ore 15.30: prima seduta del congresso; ore 21: festa indigena caratteristica e illuminazione dei Souk (quartieri arabi). Sabato 3 aprile: al mattino visita degli ospedali, istituti, mattatoi, ecc.; nel pomeriggio, seconda seduta del congresso; ore 21.30: ricevimento dei congressisti al Palazzo della Residenza. Domenica 4 aprile: escursione a Cartagine offerta dal comitato, escursione facoltativa a Dougga, Thuburbo, Majus, Korbous (stazione balneare incantevole a prezzi ridotti); ore 20: rappresentazione al Teatro Municipale. Lunedì 5 aprile: terza seduta del congresso e seduta di chiusura del congresso; ore 20: banchetto offerto dal comitato ai congressisti.

Saranno organizzate a cura del comitato delle grandi escursioni nell'interno e nel sud della Tunisia, a prezzi ridotti, nonchè nei dintorni di Tunisi che offrono al tourista un interesse straordinario.

La quota d'iscrizione al congresso è di L. 40 pagabili con *chèque*.

Attualmente sono in corso pratiche per ottenere riduzioni sensibili sui piroscafi italiani nonchè sulle ferrovie dello Stato fino al punto d'imbarco.

L'Associazione Enit sarà incaricata di far ottenere tali riduzioni.

I medici d'Italia che desiderano partecipare al congresso dovranno imbarcarsi a Napoli il giorno 29 marzo o a Palermo il giorno 30 marzo per arrivare a Tunisi il 31 nelle prime ore del mattino.

Per qualunque schiarimento rivolgersi al dott. P. Soria, Rue de Naples 60, Tunisi, segretario del comitato italiano.

*
* *

In occasione del congresso sarà organizzata una Esposizione d'Igiene e delle industrie annesse alla medicina, alla farmacia e alla chirurgia. Questa Esposizione avrà luogo nel locale stesso del congresso al Padiglione del Belvedere e durerà dal 2 al 5 aprile. Sarà occasione d'una pubblicità intensa per le industrie interessate, poichè il congresso riunirà a Tunisi oltre le sommità mediche invitate, un gran numero di medici e di farmacisti di Francia, d'Italia, d'Algeria e del Marocco, oltre ai medici della Tunisia che sono circa 260.

Per qualunque schiarimento al riguardo rivolgersi al commissario generale sig. Grandsire, capo dei servizi amministrativi dell'Ospedale Sadiki a Tunisi.

*
* *

La Compagnia di Navigazione Florio ha concesso ai partecipanti di dette giornate la riduzione del 25 % sui noli di passaggio (vitto e diritti esclusi) sia per il viaggio di andata che di ritorno.

Resta inteso che i congressisti dovranno essere forniti di speciale tessera e di richieste (di scon-

trini) di viaggio che dovranno essere ritirate alle Agenzie della Compagnia Florio dei porti d'imbarco a giustificazione del rilascio del biglietto a tariffa ridotta.

Conferenza internazionale sulla tubercolosi.

Il Comitato esecutivo dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi, accettando la proposta della Federazione Nazionale antitubercolare italiana, presieduta dall'on. Raffaele Paolucci, ha testè deciso che uno fra i tre relatori ufficiali alla prossima conferenza internazionale che l'Unione terrà a Washington alla fine del settembre venturo, debba essere un italiano, e precisamente il prof. Gaetano Ronzoni di Milano.

Il tema, di importanza veramente capitale, che il prof. Ronzoni dovrà svolgere davanti al dotto consesso internazionale, sarà il seguente: « Il contagio tubercolare nell'adulto », ed a nessuno sfuggirà certo l'alto e lusinghiero significato che tale designazione ha per il prof. Ronzoni, per il nostro paese e per la Federazione Nazionale al cui alacre interessamento si è dovuta tale affermazione della scienza italiana.

I Mostra Internazionale Biennale d'Igiene e Sanità.

Viene organizzata, come avemmo già ad annunziare, dal Governatorato di Roma; si terrà nel corso del 1927. È stato ora bandito il concorso per un cartellone artistico, con tre modesti premi (lire 5000, 2000 e 1000).

La segreteria ha sede in Roma, via Nazionale, palazzo dell'Esposizione.

Corsi di perfezionamento.

Un corso di perfezionamento in pediatria avrà luogo presso la R. Clinica Pediatrica di Napoli dal 18 febbr. al 31 marzo. Tassa complessiva L. 300.60. Domande al Rettore fino al 17 febbraio.

Corsi di perfezionamento in igiene per aspiranti ad ufficiali sanitari avranno luogo a Palermo ed a Pavia, a partire dal 2 marzo e dal 6 aprile, per la durata di due mesi. Condizioni consuete. Tassa complessiva L. 350 e L. 307.50. Domande fino al 25 febbraio e al 25 marzo.

Un corso sul « trattamento delle tubercolosi osteo-articolari e ganglionari » avrà luogo nell'Ospedale Marittimo di Berck sotto la direzione del dott. E. Sorel dal 29 marzo al 3 aprile; sarà integrato da esercitazioni e dimostrazioni pratiche. Tassa 100 franchi. Per informazioni scrivere al dott. Delahaye, Hôpital Maritime, Berck Plage, Pas de Calais (Francia).

Presso la Clinica dermato-sifilografica della Facoltà Medica di Parigi, diretta dal prof. Jeanselmi, si terranno: un corso di dermatologia dal 12 aprile al 14 mag.; uno di venereologia dal 17 maggio all'11 giugno; uno di terapia dermato-venereologia ed uno di tecnica di laboratorio dal 14 giugno al 2 luglio; tassa d'iscrizione ad ognuno dei quattro corsi Fr. 250. Per programmi e informazioni rivolgersi al dott. Burnier, Hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin), Parigi; le iscrizioni si ricevono dalla segreteria della Facoltà (rue de l'École de Médecine).

Ufficio di bibliografia medica.

È stato aperto a Roma, via Castelfidardo n. 52, con corrispondenti nei principali Paesi. Esegue ricerche bibliografiche su qualsiasi argomento medico, paramedico o di biologia; traduzioni e riassunti da e nelle principali lingue. Chiedere preventivi e tariffe.

Ordine dei Medici della Provincia di Roma. Albo 1926.

Si avvertono tutti gli inscritti che il termine utile per inviare alla Segreteria dell'Ordine le eventuali modificazioni di indirizzo od aggiunte per l'Albo 1926 scade improrogabilmente col 20 febbraio p. v.

Si rivolge viva preghiera agli inscritti di voler compiere per la maggiore precisione dell'Albo e per lo stesso loro interesse questa piccola diligenza.

Giornata di propaganda antitubercolare.

Una circolare del Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della Sanità Pubblica) ai prefetti, in data 20 gennaio, esprime il *desideratum* che, in quest'anno, le cerimonie di propaganda antitubercolare e di vendita del « fiore benefico » abbiano vita e diffusione maggiore; li invita pertanto a prendere gli accordi opportuni con le rappresentanze dei Consorzi provinciali antitubercolari affinchè queste, direttamente, od a mezzo di nuovi comitati, procedano alla organizzazione della festa, ricorrendo eventualmente anche ai suggerimenti e al concorso della « Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi », la quale fa appunto dell'azione di propaganda uno dei principali suoi scopi.

È morto il 28 dicembre u. s., a 57 anni, il prof. SERAFINO PATELLANI-ROSA, apprezzato ginecologo-ostetrico per il quale era stato creato presso l'Università di Milano l'incarico di eugenetica sociale. Da un ventennio si era consacrato a questo ramo di studi, del quale fece valere tutta l'importanza per l'avvenire biologico e sociale dell'umanità, preannunziandone il sicuro e vasto sviluppo nel prossimo futuro. Lascia notevoli studi, tra cui ha richiamato l'attenzione quello sulla gemelliparità in Italia e sul significato biologico di essa. A. P.

Il 5 febbraio decedeva, a soli 35 anni, il dott. GAETANO REGONDI, medico aiuto nel Manicomio Provinciale di Roma, già assistente medico-chirurgo negli Ospedali riuniti di Roma. Intelligente, studioso, coltissimo, accoppiava ad una innata signorilità di modi una bontà d'animo ed una affabilità senza pari. Lo rimpiangeranno quanti lo conobbero; i colleghi e gli amici l'avranno sempre vivo nel cuore. M. F.

A Siderno, dove per un trentennio esercitò la nostra arte, si spense il 12 gennaio il valoroso nostro collega GENNARO BALSAMO, uomo di attività non comune, ingegno eletto, spirito fiero, cuore dolcissimo, collega di non comune competenza. Era circondato di viva simpatia dalla popolazione di Siderno e dei Comuni vicini. Ai funerali parlarono il R. Commissario di Siderno, di cui il collega era medico condotto, il presidente dell'Ordine prof. Evoli e il dott. Ruso

ET.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Ann. di Ost. e Gin., 31 lug. — C. MERLETTI. Modificazione utile nella tecnica operativa delle fistole vescico- e retto-vaginali.

Riv. di Patol. Nerv. e Ment., 25 lug. — S. MANTERO. Metabolismo del sist. nerv.

Gaz. d. Hôp., 25 lug. — P. MÉRIEL. La decerebrazione.

Lancet, 25 lug. — G. NEURMAN. Un cinquantennio di progressi nella salute pubblica.

Ann. de Méd., giu. — R. DEBRÉ e M. LELONG. L'eredità tubercolare. — P. SAINTON e al. La tetania latente paratiroideopriva postoperatoria.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., lug. — R. MORGUE. Il metodo cartesiano nella concezione biologica della personalità umana. — G. B. HASSIN e J. FAVILL. Sindrome di mielite dorsale senza lesioni midollari.

Rif. Med., 22 giu. — B. COGLIEVINA. Importanza biochimica delle efelidi. — S. VACCHELLI. Anomalie di pigmentaz.

Journ. Méd. Franç., mag. — Numero sulle diarree.

Brit. Med. Journ., 25 lug. — B. MYERS. Il bambino nervoso. — D. RUTHERFORD. Frequenza delle sclerosi nelle varie arterie.

Journal Am. Med. Assoc., 11 lug. — E. ALLEN e M. M. ELLIS. Effetti dei raggi ultraviol. sugli ormoni del follicolo ovarico e della placenta. — E. STARR. Chirurgia degli itterici. — A. S. LOBINGIER. Drenaggio nelle infezioni del fegato e delle vie bil.

Rif. Med., 6 lug. — U. BACCARANI. Azione della vitamina B sulla fissaz. del calcio. — G. GRAZIADEI. Coltura dello sperma per svelare i portatori di gonococco.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 lug. — S. K. GHOSH-DASTIDAR. Cura del colera e delle sue complicazioni.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 26 lug. — E. BENASSI. Determinismo della scapola alata nelle affezioni polmonari. — G. GALLI. Sindromi nervose dell'arteriosclerosi cerebrale.

Studium, 20 lug. — A. CARDARELLI. Stomaco biloculare?

Deut. Med. Woch., 24 lug. — E. KÖNIG. Il trattam. chirurg. delle turbe endocrine. — E. v. HIPPEL. Come lottare contro la papilla da stasi.

Mediz. Klinik, 24 lug. — G. A. WAGNER. La morte cardiaca in gravid. — E. LANGER. La terapia bismutica nella sifil. congen.

Amer. Med., giu. — Numero sull'asma.

Bull. d. Sc. Med., mag.-giu. — G. FORNI. Amputaz. spontanea dell'appendice. — T. STROZZI. Azione dell'acido salicilico e acetil- nella digest. gastr.

Journ. de Méd. de Paris, 25 lug. — Numero di dermatologia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

ANNO XXXIII — Roma, 22 Febbraio 1926 — Fasc. 8

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLIN. DERMOSIFILOPATICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretta dal prof. P. L. BOSELLINI.

Impiego del complemento secco di cavia

per il dott. GIUSTO SPICCA, assistente.

Nella reazione di Wassermann a differenza dell'antigene e del siero emolitico che conservano per parecchio tempo il loro titolo, il complemento è labilissimo, perde cioè la propria alessina in tempo breve.

Da ciò sin dal momento quasi che Wassermann rese nota la sua reazione si pensò ad espedienti capaci di rendere il titolo complementare stabile per un periodo di tempo più lungo.

Noguchi già nel 1907 procedeva all'essiccamento del siero di cavia su carta da filtro ma con risultati non buoni.

Austin raccomandava di conservare il complemento in una soluzione ipertonica di cloruro di sodio.

Thompson diluiva 1:1 il siero di cavia con soluzione cloruro sodica all'81 0/00 e lo ripartiva poi in tante fialette da 1 cmc. chiuse alla lampada e conservate in ghiacciaia.

Friedberger aggiungeva egualmente cloruro di sodio in eccesso.

Gregorowitsch consiglia cloruro di sodio al 4 % o solfato di magnesio al 5 %.

Ronchèse il floruro di sodio perfettamente neutro.

Rhamy l'acetato di sodio.

Dold l'ossalato di sodio al 10 %.

Con questi mezzi si è potuto in realtà conservare più o meno attivo il complemento per 10-15 giorni ma non certo di più come vogliono Gregorowitsch e Sylber che dicono di essere riusciti a conservarlo per più mesi. Eppoi con una reazione come quella di Wassermann di già tanto complessa per i tanti elementi che vi giuocano non credo sia indifferente l'aggiunta di altre sostanze.

Meglio quindi adoperare non più tardi di 24-30 ore al massimo il siero di cavia, preso con tutte le cautele, fatto sierare da sè al fresco e non in ghiacciaia ed al riparo dei raggi solari che sono davvero deleteri per il complemento, tanto che qualcuno consiglia di tenerlo al riparo di essi anche durante l'operazione. Solo se non fosse possibile di usarlo entro il tempo stabilito si metta in giacciaia o in un « Thermos » riempito di ghiaccio e sale.

Ma per il largo impiego che nei laboratori di ricerche sierologiche si fa del siero di cavia in questi ultimi tempi si è ritentato il metodo dell'essiccamento che sia senza alcuna aggiunta, sia con l'aggiunta di cloruro di sodio all'8 %; di cloruro di sodio ed acetato di soda; di acetato di soda; di solfato di magnesia, ecc.; non aveva portato a buoni risultati.

È stato lo Straube che al Koenigefeld ha consigliato di usare per l'essiccamento del siero di cavia un suo speciale apparecchio che ottimamente gli è servito per la conservazione dei sieri immuni. Ed il Koenigefeld è riuscito infatti ad ottenere un complemento secco che dopo di avere sottoposto a più prove, ritenendolo di valida e costante qualità, ha affidato per la preparazione per il commercio all'Istituto Farmaceutico L. W. Gans S. A. di Oberursel che lo confeziona in fialette di colore giallo scuro da 1 cmc., 0.5, 0.25, 0.1, garantendone la stabilità per mesi purchè conservato all'oscuro ed al fresco.

***

Dal mio illustre maestro prof. Bosellini ho avuto l'incarico di saggiarlo.

Le prime fiale, da 0.1, ciascuna, avute in prova, ho voluto usare per la titolazione del complemento e del siero emolitico sempre nei confronti col siero fresco di cavia.

N.		Titolazione de complemento	Titolazione del siero emolitico
1	C. Secco	0,06	1:750
	C. Fresco	0,04	1:1000
2	C. Secco	0,04	1:1000
	C. Fresco	0,04	1:1000
3	C. Secco	0,06	1:750
	C. Fresco	0,04	1:1000
4	C. Secco	0,04	1:1000
	C. Fresco	0,04	1:1000
5	C. Secco	0,06	1:500
	C. Fresco	0,04	1:1000
6	C. Secco	0,04	1:1000
	C. Fresco	0,04	1:750

Come si vede dalla tabella il potere alassinico del complemento secco in due campioni (2-4) è stato uguale a quello del complemento fresco: in tre (1, 3, 5) l'emolisi si è avuta fino a 0.06, con il complemento secco che in uno (6) ha dato emolisi sino a 0.04 mentre quello fresco è arrivato a 0.06. Dall'esame di questi primi campioni risulta che il *c. s.* ha una certa minore attività alessinica del *c. f.*, ma perchè sempre sufficiente si può dire che l'uno vale l'altro.

Per quanto riguarda la titolazione del siero emolitico mentre il complemento fresco, all'infuori di una volta (n. 6), ha conservato sempre il titolo di 1:1000 dell'emolisina antimontone dell'I. S. M., il complemento secco l'ha abbassato fino a 1:750; 1:500 (n. 1, 3, 5).

Il complemento secco ha tendenza quindi di abbassare il potere emolitico dell'ambocettore. Deficienza questa però non capace di disturbare il buon andamento di qualsiasi reazione di deviazione, quando, tenuto conto del fatto, si procede prima di iniziare la reazione, a rigorose titolazioni.

***

Ho proceduto finalmente alla reazione di Wassermann con il complemento secco di cavia, sempre in parallelo con il complemento fresco, su 144 sieri adoperando come emolisina quella antimontone dell'I. S. T. dal titolo di 1:1000, previamente rititolata con entrambi i complementi.

I risultati ottenuti (v. tavola) sono tali da non ammettere alcun dubbio sull'attività del complemento secco.

Se si eccettua il leggero ritardo di emolisi ottenuto in due sieri con il c. s. 234, quando c. f. ha risposto positivamente con + +, i risultati sono stati eguali, soltanto che le prove a *c. s.* sono dovute rimanere in termostato un tempo maggiore a *c. f.* prima di avere la reazione a controlli perfetti. Inconveniente questo di lieve importanza.

REAZIONE DI WASSERMANN.

	Dose solvente minima alessinica	Titolo emolitico	SIERI
C. Secco N. 231 cc. 0,25	0,06	1 : 750	N. 25 = 4 ++++ 3 ++ 18 —
C. Fresco	0,04	1 : 1000	N. 25 = 4 ++++ 3 ++ 18 —
C. Secco N. 232 cc. 0,25	0,04	1 : 1000	N. 18 = 3 ++++ 2 ++ 13 —
C. Fresco	0,04	1 : 1000	N. 18 = 3 ++++ 2 ++ 13 —
C. Secco N. 233 cc. 0,25	0,06	1 : 750	N. 22 = 1 ++++ 2 +++ 4 ++ 15 —
C. Fresco	0,04	1 : 1000	N. 22 = 1 ++++ 2 +++ 4 ++ 15 —
C. Secco N. 234 cc. 0,25	0,06	1 : 750	N. 20 = 2 ++++ 2 +++ 2 ++ 1 ± 13 —
C. Fresco	0,04	1 : 1000	N. 20 = 2 ++++ 2 +++ 2 ++ 1 ± 13 —
C. Secco N. 234 cc. 0,25	0 06	1 : 750	N. 28 = 2 ++++ 3 +++ 1 ++ 2 ± = 20 —
C. Fresco	0,04	1 : 1000	N. 28 = 2 ++++ 3 +++ 3 ++ 20 —
C. Secco N. 235 cc. 0,25	0,06	1 : 500	N. 31 = 8 ++++ 1 +++ 2 ++ 20 —
C. Fresco	0,04	1 : 1000	N. 31 = 8 ++++ — 1 +++ 2 ++ 20 —

E perchè il *c. s.*, conservato in luogo fresco, asciutto ed all'oscuro, si mantiene attivo per mesi, data la rapidità di preparazione, data la facilità di avere a propria disposizione qualunque quantitativo di complemento, senza ricorrere ad allevamenti di cavie, ai grandi laboratori, dove le ricerche sierologiche si fanno e per prove scientifiche e per prove pratiche, sempre più affannose e multiple, è di non indifferente utilità. Egualmente se ne avvantaggiano i piccoli laboratori che non possono per mancanza di locali o di personale addetto sottostare al mantenimento di cavie e debbono per averle volta a volta incorrere spesso in difficoltà.

La preparazione per l'uso del *c. s.* è facile e rapida. Basta sciogliere una parte di esso in nove parti di acqua distillata. In un tubo di prova, avendosi p. es.: una fiala di 0.1 di *c. s.*, si versano 0.9 di acqua distillata e aperta la fiala il contenuto si fa cadere sopra l'acqua dove rimane sospeso. Lasciato così e solo scuotendo leggermente ogni tanto, poco a poco delle particelle staccandosi dalla massa cadono sul mezzo liquido nel quale perfettamente si sciolgono. Dopo cinque-sei m' si ottiene un cmc. di liquido che per colore, vischiosità è uguale al siero fresco. Questo cmc. si diluisce a 1:10 con soluzione fisiologica al 0.85 % come se si trattasse appunto di *c. f.*

Ottenuta la diluizione si procederà alla titolazione e del complemento e dell'ambocettore ed ottenuto il titolo esatto di quest'ultimo passare, senza timore di avere risultati errati, alla W. R.

Ogni fiala di *c. s.* è accompagnata da un foglietto con istruzione. Si leggerà p. es. che una fiala di 0.25 di *c. s.* è sufficiente per 50 W. R. Ora può accadere che avendosi e il *c. s.* e un siero emolitico di titolo noto si venga nella decisione di praticare la W. R. senza procedere alle titolazioni. La reazione può riuscire bene ma può anche accadere — cosa più facile — che non riesca affatto e che dopo 3/4-1 ora tutti i tubi, e quelli di prova e quelli di controllo, escano dal termostato non emolizzati. Una volta mi è capitato che uno dei campioni del n. di operazione 234 non ha emolizzato neanche al titolo di 1:500 con il siero emolitico antimontone dell'I. S. M. dal titolo di 1:1000.

Così pure proceduto alle titolazioni preliminari e necessarie ed ottenuto un dato titolo di un dato campione, non deve ritenersi che tutti gli altri campioni, aventi lo stesso numero di operazione, si comportino egualmente. Variano dall'uno all'altro, come mi è occorso di vedere.

Devesi dunque sempre procedere ad un rigoroso dosaggio.

Un'ultima avvertenza. Il *c. s.* è rappresentato da una polvere di colore giallo-scuro. Può capitare invece di trovare delle fialette dal contenuto di un colore giallo-pagliarino sotto forma di un unico ammasso aderente alle pareti della fiala. Questi campioni devono rigettarsi perchè il contenuto versato sull'acqua non vi si discioglie ma rimane come in sospensione flocconosa nel mezzo liquido che resta limpido. Due campioni del n. 235 mi si sono presentati così.

CONCLUSIONI.

Con il *c. s.* si è risolto il problema della conservazione del complemento per mesi e perchè è da ritenersi buono può adoperarsi per qualsiasi reazione sierologica di deviazione. Soltanto deve tenersi conto della proprietà che esso ha di abbassare quasi sempre il potere emolitico dell'emolisina e di tutte le avvertenze sopra esposte, fatti questi che impongono l'assoluta necessità di procedere rigorosamente alle titolazioni preliminari prima di eseguire la reazione; cosa del resto necessaria anche per il complemento fresco quando da tutti è risaputo che, se è vero che il valore emolitico del siero fresco di cavia ha grande costanza, è pur vero che ciò è in diretta dipendenza delle condizioni dell'animale e quando si hanno delle cavie gracili o troppo spesso salassate (se sistematicamente si esegue la puntura del cuore) è bene non fidarsi, potendo aversi delle oscillazioni non indifferenti.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DIAGNOSTICO di REGGIO CALABRIA.

Il 1° caso di leishmaniosi esterna curata col radio

per il dott. P. TIMPANO.

Dal maggio del 1909, epoca in cui vidi il primo caso di *bottone d'oriente*, ad oggi, ho avuto occasione di osservare nel Circondario di Reggio Calabria altri 7 casi, tutti accertati dal reperto microscopico.

Quello che forma oggetto della presente osservazione clinica è un caso di leishmaniosi delle mucose, curato in breve tempo e con esito favorevole colle applicazioni di *radio.*

P. Antonina, di anni 46, contadina, da Bagaladi (Reggio Calabria). Nulla di notevole nel gentilizio. Quattro anni fa soffrì la malaria. Nell'ottobre del 1924 si accorse di avere sul labbro inferiore, in vicinanza dell'angolo interno della bocca, un piccolo nodulo, che non le cagionava alcun fastidio. Lentamente il nodulo andava ingrossandosi, deformando il margine esterno del labbro e provocando spesso sensazioni moleste. Dopo circa tre mesi il tumoretto si ulcerò nel centro, e, per il continuo attrito, l'ulcerazione si allargò sensibilmente e cominciò a secernere del liquido siero-ematico, che spesso dava luogo alla formazione di croste giallo-rossastre.

Alla p. vennero applicati vari rimedi: tintura di jodio, nitrato d'argento, unguenti a base di ossido di zinco, di bismuto, ecc., senza alcun risultato incoraggiante.

Il 1° luglio di quest'anno fu veduta da me.

E. O. Costituzione generale buona. Niente d'importante a carico degli organi interni. Sul labbro inferiore, lato sinistro, notasi una tumefazione rotondeggiante, grossa quanto una nocciola, con la superficie coperta da una crosta giallastra. La consistenza è molle, pastosa. Alla periferia si nota una zona edematosa, liscia, dove la mucosa permette d'intravedere qualche piccolo vaso turgido.

La palpazione non provoca dolore. Staccando la crosta, si osserva una discreta quantità di pus denso, giallastro. Detersa l'ulcerazione con un batuffolo di cotone bagnato nell'acqua ossigenata, il fondo appare coperto di granulazioni di varia grandezza, rosso-scure, e qua e là sanguinanti (fig. 1).

Con un po' di materiale prelevato raschiando i margini dell'ulcerazione, vengono allestiti alcuni vetrini porta-oggetti e poscia colorati col metodo May Grunwald-Giemsa. In tutti si nota la presenza di molte leishmanie, alcune libere, altre incluse nel protoplasma di grandi mononucleari, e una spiccata linfocitosi.

Invece di ricorrere, come ho fatto altre volte, alle iniezioni endovenose di tartaro stibiato (la p. non poteva neppure trattenersi a lungo per completare la cura) o alle applicazioni esterne

di pomata al tartaro stibiato al 2 % o ad altre cure locali più in uso, volli, in questo caso, provare la *radiumterapia*.

Fig. 1.

Applicai 5 mmg. di radio, con filtro di piombo dello spessore di 1 mm. e di 1/2 cm. di garza, per la durata di 46 ore. Durante l'applicazione la paziente non ha accusato nè bruciore nè

Fig. 2.

dolore, ma la secrezione è stata piuttosto abbondante, per cui due volte ho dovuto cambiare la garza e detergere l'ulcerazione.

Subito dopo la prima applicazione, il bottone si presenta con la superficie appiattita, coperta da una patina di aspetto lardaceo. Rimossa con precauzione tale patina, la superficie del bottone rimane liscia e rossa, mentre prima era irregolare, granulosa, e qua e là sanguinante. Negli otto giorni consecutivi si constata una notevole reazione infiammatoria del tessuto circostante e il bottone sembra più tumefatto. La paziente avverte lieve dolore, a volte qualche puntura e un leggero senso di stiramento del labbro inferiore. Alla fine della 2a settimana s'inizia la regressione dei sintomi accennati, e dopo 33 giorni il bottone si mostra notevolmente ridotto di volume, è di consistenza più molle, l'ulcerazione più piccola, con scarsissima secrezione (fig. 2).

Fig. 3.

Si ripete allora l'applicazione del radio nella stessa quantità e collo stesso filtraggio, per 22 ore. Nei primi giorni si notano fatti di reazione, ma molto meno spiccati. Rivedo l'inferma dopo 37 giorni, completamente guarita. La cicatrice è regolare e poco appariscente (fig. 3).

Riguardo alla terapia del bottone d'Oriente, sia della cute sia delle mucose, tutti gli autori sono d'accordo nel ritenere che non si debba preferire quella chirurgica se non in casi eccezionali (Gabbi-La Cava-Pulvirenti).

Sebbene si sappia che il bottone d'Oriente presto o tardi potrà guarire spontaneamente (Jemma, Nicolle, Spagnolio, Abate-Longo), tuttavia, per non lasciare i pazienti senza alcuna cura, e, soprattutto, per affrettare la guarigione, si sono impiegati vari rimedi: il permanganato di potassa per polverizzazione (Benoit, Pulvirenti), per pomata (Medini); il bleu di metilene al 5 %

per iniezioni (Chulgine), e in ungento (Cardamatis e Melissidis); applicazione di ventose fino a sottrarre parecchi cmc. di liquido (Ondiorminski); l'acido fenico per causticazione (Gray) o per iniezioni intradermiche intorno al bottone e nello spessore (Timpano); l'olio fosforato (Castellani): il cloridrato di emetina (Photinos, Truffi, Oeconomu e Pelzetakis, Panayotaton); l'hectine (Gachet); il jodio bismutato di chinina (Vigne e Pringault), l'arsenobenzolo (Nicolle, Petersen, Wagon, Ravaut, Jeanselme); il tartaro stibiato per iniezioni endovenose (Viana, Carini, Makie, Timpano, Cristopherson, Truffi, ecc.), e in unguento al 2% (Gabbi, Basile, Castellani, Andrews, ecc.); i raggi X (Easton, Vigne e Pringuali, Bisson); la diatermia (Rehdiet); la neve carbonica (Mitchell, Pospelow, ecc.), ed altre cure fisiche di minore importanza.

Fig. 4.

Io volli, in questo caso, sperimentare il radio, e il successo è stato rapido e completo.

Quando si pensi che il bottone d'Oriente delle mucose produce più fastidi di quello cutaneo, e, come nel mio caso, deforma il labbro; quando si pensi che le cure sopra accennate sono in generale lunghe e non sempre senza inconvenienti, e l'esito cicatriziale non è sempre regolare, come sarebbe desiderabile dal punto di vista estetico, si vedrà come la cura col radio sia da preferire quando è possibile praticarla.

Nell'applicazione del radio, come nel determinare la dose e il filtraggio, son partito da concetti teorici e di analogia. Ho pensato che era prudente adoperare piccole dosi, la cui azione dovesse svolgersi più lungamente e, sopratutto, più profondamente.

Il caso in esame dimostra molto chiaramente la grande efficacia del radio, adoperato alla dose di 5 mmg., con filtro di piombo di 1 mm. e di 1/2 cm. di garza.

Naturalmente occorre estendere gli esperimenti non solo alla leishmaniosi delle mucose ma anche a quella della cute.

Per dimostrare quanto tempo c'è voluto per ridurre un bottone di Oriente cutaneo con le applicazioni di unguento al tartaro stibiato al 2% e quali esiti cicatriziali ha cominciato a determinare il rimedio, ho voluto riportare l'esempio di F... Vincenzo, di anni 7 (fig. 4a).

La cura fu iniziata quattro mesi prima della P... e ancora non è completamente guarito. La leishmaniosi cutanea è, d'altra parte, più facilmente trattabile coi rimedi esterni che non quella delle mucose.

L'unguento al tartaro stibiato al 2% è, mi sembra, superiore agli altri rimedi chimici per uso esterno, non solo perchè il tartaro stibiato è specifico nella cura della leishmaniosi (Di Cristina, Caronia, ecc.), ma anche perchè agisce efficacemente come caustico. Solamente bisogna fare in modo che l'unguento venga a contatto meno che sia possibile coi tessuti sani e la quantità da usarsi per ogni applicazione sia piccola e distesa in uno strato sottile su tela sterilizzata.

Reggio Calabria, 1° ottobre 1925.

Eteroinfezione di origine vaccinica.

Dott. CARLO TESTA,
medico condotto di Capizzone (Bergamo).

Durante le pubbliche vaccinazioni eseguite nella primavera dello scorso anno ho avuto occasione di osservare un caso che, per la sua relativa rarità, credo interessante riferire e brevemente commentare.

Il giorno 16 maggio veniva vaccinato il bambino P. A. di A. di mesi 8 da Capizzone; la vaccinazione ebbe esito nettamente positivo. Il giorno 2 giugno si presentò all'ambulatorio la madre del bambino per chiedere il mio consiglio riguardo ad una affezione al suo occhio sinistro, manifestatasi in quei giorni. Riferisco senz'altro il caso:

P. I., maritata P., d'anni 33 da Capizzone, casalinga.

Nulla d'importante nel gentilizio.

Anamnesi remota. Nata a termine da parto fisiologico; allattamento materno; vaccinata all'età

di 18 mesi con esito positivo; a circa 4 anni morbillo; vaccinata a circa 10 anni con esito incerto (sulle braccia non esiste traccia di questa vaccinazione).

Anamnesi prossima. Il giorno 28 maggio la paziente avvertì malessere generale e cefalea (ebbe l'impressione di avere la febbre, riferisce) e quindi vivo prurito alla regione palpebrale sinistra, tumefazione della palpebra superiore dello stesso occhio, dolenzia alle regioni preauricolare e sottomascellare sinistra. Il giorno 29 la paziente rilevò che sul margine palpebrale superiore dell'occhio sinistro si era formata una papula (si era formato un orzaiolo, dice la paziente). Nei giorni seguenti la tumefazione della palpebra superiore aumentò e si estese anche a quella inferiore, sì che la rima palpebrale era completamente chiusa; decise allora di rivolgersi al medico.

Esame obiettivo locale. Le palpebre dell'occhio sinistro appaiono fortemente tumefatte ed arrossate così da ricordare l'aspetto delle palpebre nella congiuntivite blenorragica; la tumefazione si estende anche alla regione temporale sinistra, alla regione intersopraciliare e perfino all'angolo interno dell'occhio destro; le palpebre sono in entropion; la rima palpebrale completamente chiusa; le ciglia sono imbrattate di muco-pus. Al tatto la regione si manifesta calda e dolente.

Cercando, con la delicatezza richiesta del caso, di divaricare le due palpebre per procedere all'esame dei margini palpebrali, della congiuntiva e del bulbo si rendono evidenti due lesioni che spiegano tutte le altre manifestazioni morbose; si tratta di due larghe pustole; una è situata sul margine palpebrale superiore, all'unione del terzo medio col terzo interno, e sulla cute vicina; l'altra è situata sul margine palpebrale inferiore, circa in corrispondenza del suo terzo medio; ambedue hanno approssimativamente la grandezza di una vecchia moneta di 1 centesimo; la superiore, leggermente più grande, appare biancastra, con l'epitelio già rotto e perciò avvizzita; la inferiore è invece giallastra, con l'epitelio integro e presente al suo centro un punto depresso, brunastro; è cioè ombelicata. La congiuntiva palpebrale e quella bulbare appaiono fortemente arrossate e tumefatte. Nulla a carico della cornea, delle due camere dell'occhio, dell'iride, della tensione endooculare; visus normale.

La ghiandola linfatica preauricolare dello stesso lato è tumefatta e dolente; tumefatte e dolenti sono pure le linfo-ghiandole sotto mascellari.

Temperatura generale 37.2 (ore 9).

Dopo aver passato in rivista le diverse possibilità riguardo alla eziologia, come riferirò più sotto, ed essermi fermato su quella che mi sembrava corrispondesse al caso mio, avvertii la donna della necessità di una cura onde evitare lesioni della cornea con le possibili, tristi conseguenze.

Il trattamento curativo consistette in irrigazioni con soluzione borica al 4 % ed in impacchi con la stessa soluzione tiepida.

Due giorni dopo sul margine palpebrale inferiore, verso l'angolo interno dell'occhio sinistro, si notavano due piccole vescico-pustole della grandezza di una capocchia di spillo, pure ombelicate, i fatti reattivi a carico delle palpebre erano assai ridotti. Dopo 10 giorni l'affezione era completamente guarita.

*
* *

A quale forma clinica dovevo ascrivere la affezione palpebrale da me osservata? Tra le affezioni che potevano essere prese in considerazione, anche solo da un punto di vista accademico sono: l'orzaiolo, l'erisipela, l'ascesso palpebrale, la pustola maligna, l'ulcera luposa e l'ulcera sifilitica, l'herpes oftalmicus, la elefantiasi, la dacriocistite.

A nessuna delle entità morbose ricordate si poteva però ascrivere l'affezione osservata; che non si trattasse di orzaiolo sarebbe superfluo il dimostrarlo; basta ricordare che il piccolo ascesso gangrenoso delle ghiandole sebacee del margine palpebrale, che va sotto il nome di orzaiolo, ha un aspetto assai differente dalle pustole osservate nel mio ammalato e che l'orzaiolo non si accompagna a fatti generali e a reazioni locali, almeno della imponenza notata nel mio caso in cui ci si trovava di fronte ad una sensibilità nervosa non certo molto raffinata.

Nell'erisipela della palpebra si ha una maggior tumefazione, una maggiore infiltrazione flemmonosa ed infiammatoria.

L'ascesso palpebrale presuppone o una lesione traumatica o un processo periostitico o di carie del margine palpebrale.

La pustola maligna presuppone il contatto con animali affetti da carbonchio.

La ulcerazione luposa e sifilitica avrebbero avuto nell'anamnesi dei precedenti distali o prossimali.

Quanto all'herps ofthalmicus bisogna tenere presente che esso si manifesta con delle efflorescenze sulle espansioni terminali del trigemino, con nevralgie e con diffusione dalle efflorescenze alla regione mascellare superiore.

Nella elefantiasi si ha tumefazione mostruosa delle palpebre.

Quanto infine alla dacriocistite acuta si sarebbe dovuto rilevare un edema localizzato all'angolo interno dell'occhio.

Rimaneva da prendersi in considerazione il gruppo delle blefariti esantematiche. Escluso per motivi ovvi che si trattasse della blefarite che talvolta accompagna il morbillo e la scarlattina, rimaneva l'ipotesi che si trattasse di una blefarite vaiuolosa. È noto che talvolta nella infezione vaiuolosa si ha la formazione di pustole sia sulle congiuntive, sia sulla cornea, sia infine sulle palpebre. Evidentemente questo non era il nostro caso. Nel nostro caso le pustole non erano contemporanee o successive ad un esantema vaiuoloso; qui si trattava di una infezione locale causata dal pus vaccinico proveniente dalle pustole del bimbo vaccinato.

*
* *

In che modo il pus del bambino sia passato alla madre non è difficile spiegarlo trattandosi di una donna assai trascurante degli elementari principi di pulizia e di ordine e dal fatto che la donna aveva l'abitudine di medicare ogni mattina le pustole vacciniche del suo bimbo con una tecnica non certo inappuntabile.

Non sono frequenti i casi di eteroinfezione di origine vaccinale; ne sono stati descritti dei casi all'estero ed anche in Italia; da noi sono stati pubblicati dieci casi.

1 dallo Zoras (*Atti della R. Accademia Fisiocritici di Siena*, 1911).
1 dal Betti (*Annali di Oftalmologia*, 1911).
1 dallo Zani (*Ibid.*, 1912).
3 dal Casali (*Annali di Oftalmologia*, 1912).
1 dal Rivera (*Ibid.*, 1914).
1 dal Lombardo (*Lo Sperimentale*, 1920).
1 dal Sanguinetti (*Giornale di Oculistica*, 1922).
1 dal Von Berger (*Annali di Oftalmologia*, 1923).

A questi si devono aggiungere i 7 casi in corso di pubblicazione del dott. Busacca (*Lettura Oftalmologica*, agosto 1925), assistente della Divisione Oftalmica dell'Ospedale Maggiore di Bergamo, diretta dal prof. A. Viterbi. Di tali casi alcuni vennero studiati al microscopio corneale e lampada a fessura.

*
* *

Una osservazione pratica di ordine generale emerge dal riferito caso; la P. I., che pure aveva subito due vaccinazioni antivaiuolose, si trovava ancora nello stato di sensibilità di fronte all'agente patogeno della infezione vaiuolosa e quindi, nella deprecata ipotesi di una epidemia vaiuolosa, sarebbe stato soggetto sensibile alla infezione.

EPIDEMIOLOGIA.

SCUOLA DI PATOLOGIA COLONIALE
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
diretta dal prof. G. FRANCHINI.

L'anchilostomiasi nella provincia di Forlì.

Dott. PIO PANTALEONI.

L'importanza clinica e sociale dell'Anchilostomiasi fu riconosciuta solo nel 1880 per merito del Perroncito che illustrò l'epidemia del Gottardo, quantunque l'agente causale fosse stato messo in evidenza fin dal 1838 dal Dubini di Milano.

La malattia è conosciuta sotto varie denominazioni: anemia dei minatori, anemia dei fornaciai, anemia dei mattonai, anemia dei tunnels, clorosi egiziana, cachessia africana, cachessia acquosa, mal di cuore o di stomaco dei negri, tuntun (Columbia), opilaçao (Brasile), uncinariosi ipoenia intertropicale; dal cui quadro d'insieme si intravvede sinteticamente la sindrome della malattia e la sua distribuzione geografica.

Esistono due generi di anchilostomi, quello nostrano e quello d'America: l'anchylostoma duodenalis del Dubini e il Necator Americanus descritto per la prima volta dallo Stiles nel 1903 e diffuso nell'America, a Cejlon, nell'India, nel Giappone, nell'Isole Filippine, nell'Africa Centrale e in Australia. In Italia c'è in gran maggioranza l'Ankylostoma, quantunque nei contadini emigrati in America e ritornati in patria fu trovato parecchie volte (in Calabria fino al 50 % dei malati) il Necator.

Il Siccardi della clinica medica di Padova potè fare uno studio accurato di questa specie descrivendo le differenze anatomiche e biologiche: la differenza principale sta nella armatura della bocca, nella diversa sede della borsa copulatrice del maschio e per avere il Necator la testa piegata molto più dorsalmente, mentre nello sviluppo delle uova e degli embrioni non vi sono differenze: le uova di Necator sono un poco più grandi (57-80 per 35-52) in confronto di quelle dell'Ankylostoma duodenalis (56-61 per 34-38).

Clinicamente la malattia non si può differenziare presentandosi da noi come nelle altre regioni infestate con segni di anemia secondaria, complicata da disordini intestinali, a volte eruzioni cutanee, tinta giallastra della pelle, cefalea, cardiopalmo. L'esame del sangue è caratterizzato da diminuzione accentuatissima dei globuli rossi (fino a un milione per millimetro cubo) con riduzione dell'emoglobina, poichilocitosi, emazie nucleate; notevole leucocitosi con eosinofilia (fino al 70 %). Le feci sono generalmente scure, raramente con sangue visibile.

Fino a pochi anni fa si credeva in Italia che la malattia fosse limitata agli operai di alcune miniere e a quelli che lavorano le argille per la costruzione del materiale laterizio; ma coll'estendersi delle ricerche si dovette riconoscere che essa aveva una diffusione non prima sospettata.

Il prof. Messedaglia nel suo studio sulla distribuzione geografica dell'ankylostomiasi in Italia nel 1914 dimostrava che sono infette una quarantina di provincie. Se ne sono occupati in seguito il Bozzolo, De Renzi, Maragliano, Graziadei.

Lo scopo delle presenti ricerche è appunto quello di dimostrare la diffusione che ha tale malattia anche in una regione eminentemente agricola quale è la Romagna per mettere all'erta i medici pratici sulla giusta interpretazione che bisogna dare a certi quadri clinici.

Fin dal 1887 il prof. Testi di Faenza fece una pubblicazione segnalando alcuni casi di anemia chiamata « anemia dei mattonai » in operai delle vicinanze della città, anemia che gli fece venire il sospetto della origine parassitaria, come giustamente potè diagnosticare col reperto positivo di uova di ankylostoma duodenale nelle feci.

Egli allora consigliò i medici condotti della regione di segnalare a lui i casi di anemia cronica per poter fare le dovute indagini.

Potè così mettere in rapporto la succitata « anemia dei mattonai » del Faentino e di Granarolo, con una sindrome identica notata dai medici del Cesenate (prof. R. Mori) negli operai della solfatara di Formignano e denominata « anemia dei solfatari ». Anche in essi fu trovata positiva la ricerca delle uova di ankylostoma nelle feci.

In seguito il prof. Testi si è occupato della malattia dettando regole igieniche per premunirsi da essa e con tali indagini molti altri casi ed altri focolai sono stati scoperti nella provincia di Forlì.

Interrogando vari medici della regione posso riferire che la anemia da ankylostoma duodenalis in Romagna esiste quasi ovunque con speciale interessamento di alcune categorie di operai e precisamente dei fornaciai e solfatari: così a Rimini il prof. Cardi mi riferiva che in circa dieci anni ha visto una ottantina di casi di ankylostomiasi nei dintorni della città; mi riferiva pure di averne trovato qualcuno nelle vicinanze di S. Arcangelo e di Riccione.

Così i medici di Cesena per ciò che riguarda la loro zona e specialmente la frazione di Borello e Formignano.

A Forlì sono stati notati alcuni casi di anemia da ankylostoma in alcuni muratori nella frazione di Villagrappa (dott. Chiadini) e in alcuni fornaciai della Fornace Malta. Anche qui come altrove la clinica ha indirizzato i medici nella diagnosi. essi chiamarono col nome di « anemia dei fornaciai », « anemia dei mattonai », « anemia dei zolfatai », un quadro clinico che considerarono come anemia secondaria, ma da tenersi distinta dalle altre forme di anemia specie palustre o eteroplasica, sifilitica, tubercolare, ecc. Tale dubbio fece insistere nelle ricerche e il reperto di uova di ankylostoma nelle feci condusse alla diagnosi eziologica.

Nella provincia di Forlì la malattia non si è presentata, come è descritto in altre regioni, sotto il quadro clinico di « forma addominale acuta o forma addominale cronica, o forma cachettica » ma piuttosto col quadro delle « forme incomplete » in cui i sintomi principali mancano: si ha una tinta giallastra della pelle, debolezza generale che va aumentando di mese in mese nonostante la dieta sostanziosa e le cure ricostituenti, a volte cardiopalmo, cefalea; l'esame del sangue mostra una notevole diminuzione dei globuli rossi e dell'emoglobina, globuli rossi nucleati, eosinofilia spiccata. Di solito gli ammalati arrivano all'ospedale con diagnosi varia a seconda del sintoma predominante al momento in cui si sono presentati al medico e solo per esclusione si arriva alla diagnosi giusta coll'esame delle feci, a volte ripetuto lungamente per dimostrarvi le uova di ankylostoma.

La diffusione della malattia anche in Romagna come altrove avviene a mezzo di alimenti imbrattati di sterco o per mezzo di acqua o direttamente attraverso la cute per l'abitudine degli operai di andare scalzi o di consumare il pasto di mezzogiorno sul lavoro.

Le migliorate regole igieniche anche in mezzo alle classi operaie ha fatto diminuire anche questa malattia sociale: è affermazione di tutti i clinici di Romagna (dal prof. Testi, allo Stefanelli e al Cardi) che da qualche anno sono molto diminuiti i casi di ankylostomiasi. Nella nostra regione non è stato ancora segnalato alcun caso di anemia da Necator Americanus.

Casi clinici. Nel 1923-24, all'ospedale civile di Forlì sono capitati due ammalati di anemia entrambi della Fornace Malta. La professione, la durata lunga della malattia, l'assenza dei segni di altre malattie note fece pensare all'evenienza di una anemia da parassiti intestinali; infatti nell'esame delle feci fu trovato la presenza di uova di ankylostoma duodenalis. L'indagine ulteriore portò alla conoscenza di altri tre casi e precisamente dei famigliari di uno dei degenti in ospedale, che già avevano la malattia.

Riferisco le cartelle cliniche.

CASO I. — R. Arnaldo, di anni 48, operaio della Fornace Malta, abitante in Forlì, frazione Romiti: entra in ospedale il 10 ottobre 1923.

Stato presente. Uomo di costituzione regolare, pannicolo adiposo scarso, pelle e mucose visibili pallidissime; il p. accusa cefalea, inappetenza,

stanchezza generale; riferisce di aver fatto diverse cure ricostituenti senza risultato.

Esame obbiettivo. Nulla a carico dei vari organi di senso; apparato respiratorio e nervoso normale, al cuore si nota un soffio anemico, alla palpazione dell'addome la milza è leggermente debordante dall'arcata costale, il fegato un po' dolente come tutta la matassa intestinale; borborigmo diffuso.

Esame delle orine: negativo.

Esame del sangue colorito col metodo Giemsa e con ematossilina ed eosina, preparata al momento: globuli rossi 1,320,000, globuli bianchi 6,700. R. 1:208, emoglobina 30, Vg. 0.88, formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 44, eosinofili 38, basofili 0.50, mononucleati grandi 6.50 %, mononucleati medi 5, linfociti 4, forme di passaggio 2 %.

Esame feci: feci formate, di colorito scuro, consistenza poltacea, ricerca chimica del sangue positiva. Esame microscopico: presenza di uova di ankylostoma.

Cura: somministrazione di timolo a dosi crescenti da 4 a 10 grammi al giorno; dopo 8 giorni somministrazione di purgante salino. In seguito cura di ricostituenti; dopo un mese il p. potè essere dimesso per riprendere il lavoro.

CASO II. — M. Amleto, di anni 24, operaio della Fornace Malta, entra in ospedale il 2 febbraio 1924. Anamnesi famigliare: padre morto di polmonite.

Anamnesi personale remota: malattie esantematiche dell'infanzia, una ferita in guerra.

Stato presente: uomo di costituzione scheletrica regolare, masse muscolari sviluppate ma flaccide. Esame obbiettivo: pallore notevole della pelle e delle mucose, rantoli diffusi all'apparato respiratorio, soffio anemico al precordio, nulla a carico del tubo digerente se si esclude l'inappetenza e un senso di borborigmo quasi permanente; non diarrea, non febbre; polso regolare per frequenza e per ritmo.

Esame delle orine: normale.

Esame del sangue: globuli rossi 1,134,000, globuli bianchi 7.600, R. 1:149 = emoglobina 40, Vg 0.567. Formola leucocitaria: polinucleati neutrofili 24, eosinofili 68, basofili 0, mononucleati grandi 4, mononucleati medi 2, linfociti 2, forme di passaggio 0.

Esame delle feci: colorito scuro, senza sangue macroscopicamente visibile; presenza di uova di anchilostoma in numero considerevole.

Cura: timolo per via orale, purga salina, cura ricostituente.

Esito felice.

3°, 4°, 5° caso. Gli altri 3 casi sopra citati sono la moglie e due figli del Rossi Arnaldo.

L'esame delle feci eseguito a scopo diagnostico e profilattico portò a reperto positivo di uova di ankylostoma duodenalis. L'esame clinico dei pazienti, il decorso e l'esito non presentò nulla di speciale.

Nel 1925 studiando la diffusione della malattia ho voluto fare indagini su larga scala nelle feci di tutti gli operai delle varie fornaci del Forlivese e degli operai del Cantiere Benini, lavoratori in cemento che pure hanno contatto continuo con terreno umido e che vanno scalzi quasi tutto il giorno. Le suddette indagini espletate per gli operai delle fornaci (in numero di circa 300) hanno dato per ora risultato negativo mentre quelle intraprese per gli operai del Cantiere Benini sono state negative per gli operai residenti a Forlì, mentre sono stati trovati 2 operai infetti tra quelli che sono distaccati altrove per appalti di lavoro. L'anamnesi fa risalire la malattia a qualche mese indietro e probabilmente la malattia è stata presa mentre lavoravano nel Ravennate.

Prognosi. Nei casi capitati sotto la mia osservazione a Forlì ed anche in quelli capitati ad altri medici della regione da me interrogati, la prognosi è sempre stata felice e gli operai sono guariti completamente e stabilmente.

Profilassi. La profilassi non è di facile applicazione con gente che per lunga abitudine va a piedi scalzi e depone le feci all'aperto.

Tuttavia ci siamo adoperati a far conoscere agli operai la possibilità di prendersi tale malattia, le modalità del contagio, l'opportunità di portare le scarpe durante il lavoro, di lavarsi le mani prima di mangiare e di non imbrattarsi la pelle in alcun modo.

Cura. Per la cura abbiamo seguito il metodo usuale del Timolo mentre risulta che in altri ospedali della regione si sono serviti con profitto anche del felce maschio.

Conclusione. La presente nota non ha pretese di aggiungere molto alla conoscenza della malattia dal lato clinico ma di portare il proprio contributo alla distribuzione geografica della anchilostomiasi.

Tuttavia non mancherò di far notare che tale malattia non ha avuto fin ora tra noi carattere epidemiologico impressionante nè decorso grave. È doveroso che i medici in genere e i medici condotti in ispecie sappiano che anche in Romagna esiste questa malattia sociale e sorveglino certe categorie di operai e in genere tutti quelli che vanno scalzi e che si imbrattano le mani e i piedi con terreno umido (mattonai, muratori, ortolani ed anche contadini) ed abituare la mentalità medica a fare esaminare le feci dei pazienti, esame di solito trascurato.

Bologna, 25 giugno 1925.

Ringrazio i professori CARDI, MONDOLFO, STEFANELLI, TESTI, FRANCHINI che mi furono larghi di consigli in queste mie ricerche.

LETTERATURA.

TESTI. *L'anchilostomiasi nel Faentino*, 1887.
CARAZZI. *Parassitologia animale*, 2ª edizione. S. E. Libraria.
ERMERY. *Zoologia.*
BRUMPT. *Précis de Parasitologie.* Masson, Paris.
MUZIO. *Geografia medica.* Manuale Hoepli.
G. FRANCHINI. *Dispense di patologia coloniale*, 1925.
M. CHIADINI. Policlinico, Sez. pratica, 1909.

COMMENTI.

Innesto di bulbi oculari.

Riceviamo:

Pisa, li 5 febbraio 1926.

Ho letto a pag. 141 del fascicolo IV del *Policlinico* (Sezione pratica) corrente anno, che si parla di nuovi tentativi d'innesto dei bulbi oculari, fatti da un medico di Bordeaux, e vengono ricordate le prime esperienze eseguite dal Koppany e da lui rese note al Congresso di Oftalmologia di Vienna nel 1921.

Per la verità, debbo dichiarare che prima del 1921, avevo eseguito io stesso i primi esperimenti e con resultati incerti; esperimenti che ancora sto eseguendo, con pazienza certosina.

Di ciò fa fede un articolo comparso nel *Corriere Toscano* di Pisa, il 4 dicembre 1921, nel quale rivendicavo tale priorità.

Gradisca, egregio sig. Direttore, i miei più devoti ossequi.

Prof. GINO DEL GUASTA
Direttore dell'*Attività Medica Italiana*, Docente di Patologia Speciale Medica dimostrativa nella R. Università di Pisa.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA DIGERENTE.

Contributo alla sifilide gastrica.

(L. RITTER. *Brun's Beiträge zur Klin. Chir*, vol. 134, fasc. 2).

Su 250 interventi sullo stomaco eseguiti nella Clinica chirurgica di Colonia, fu osservato un unico caso di sifilide gastrica. Si trattava di una donna di 41 anni senza precedenti luetici. Nel luglio 1924, in pieno benessere, dopo l'ingestione di un cibo caldo, fu colpita da violento dolore all'epigastrio. Da allora soffriva di dolori, insorgenti subito dopo il pasto, indipendenti dalla qualità del cibo e che duravano 2-3 giorni. Non vomito, non ittero. Cure mediche ripetute non portarono nessun giovamento. Alla fine dell'agosto 1924 i dolori aumentarono, il vomito si fece costante dopo l'ingestione di cibo. Appetito sempre ben conservato, non nausea per la carne, non dolori notturni. Per tre volte ematemesi, notevole deperimento generale.

All'esame obbiettivo non si riscontrò nulla di importante. L'esame del succo gastrico diede: ac. cloridrico assente, acidità totale 9, ac. lattico assente, sangue presente. Nelle feci sangue.

L'esame radiologico diede il seguente risultato: all'inizio del pasto opaco il bismuto passa attraverso il piloro aperto nel duodeno ben visibile. A stomaco pieno si nota una strozzatura irregolare del fondo dello stomaco all'unione del terzo medio con l'esterno, attraverso cui meccanicamente si riesce a far passare soltanto una piccola quantità di bismuto nella porzione pilorica. In questo punto il contorno della piccola curvatura è indeterminato e vi corrisponde il dolore alla pressione. L'antro e il duodeno sono dilatati. Dopo 2 ore vi è ancora un residuo nello stomaco, il bulbo e il duodeno sono sempre dilatati. Venne fatta diagnosi di ulcera della piccola curvatura, probabile tumore. R. W. +, Meinicke +.

All'intervento si osserva la sierosa fortemente arrossata, specie verso la piccola curvatura; la parete gastrica è infiltrata, dura, il piloro è ipertrofico, infiltrato e ulcerato, lungo la grande curvatura si notano alcune ghiandole ingrossate.

Resezione di 2/3 dello stomaco secondo Billroth II e entero-anastomosi alla Braun. Un mese dopo l'operazione la paziente muore per broncopolmonite.

La porzione di stomaco asportata mostra una ulcerazione che dalla piccola curvatura si estende sulla parete ant. e post. e dal piloro al limite di resezione. Il fondo ha aspetto lardaceo, in qualche punto mostra la muscolare. La mucosa è ispessita ai margini dell'ulcera e sottominata.

L'esame microscopico della parete rivestita di mucosa mostra fra i tubi ghiandolari degli accumuli di plasmacellule, linfòciti e corpi del Russel. La sottomucosa è fortemente alterata in corrispondenza dell'ulcerazione, è molto ispessita, trasformata in un tessuto di granulazione in cui i vasi sono molto numerosi. Le arterie sono poco lese, le vene sono invece assai alterate e colpite da trombosi. La muscolaris mucosae è dissociata da accumuli linfocitari con qualche cellula gigante.

Caratteristica della sifilide gastrica è il predominio delle lesioni nella sottomucosa e specialmente il prevalere delle lesioni nelle vene invece che nelle arterie.

Macroscopicamnte si distinguono le seguenti forme:

1) gastrite luetica granulosa, con granulazioni diffuse come nocciuoli di ciliegia;

2) infiltrazione gommosa diffusa, iperplasia fibrosa e ispessimento parietale;

3) placche gommose e ulceri gommose che ne derivano;

4) cicatrici dovute alla trasformazione fibrosa delle placche e ulceri.

La malattia insorge in media dopo 2-3 anni dall'infezione, l'età più colpita è dai 30 ai 40 anni e ne sono più colpite le donne. Spesso manca nella anamnesi la lues.

Si manifesta con dolori che possono insorgere subito dopo i pasti o 2-3 ore dopo; essi sono

caratteristici quando insorgono o aumentano di intensità di notte. Il vomito non manca quasi mai; può insorgere 1-4 ore dopo il pasto, di solito è a tipo stenotico. L'ematemesi è frequentissima e grave.

L'appetito è quasi sempre ben conservato e contrasta con la perdita di peso sempre molto accentuata.

Talvolta all'esame obbiettivo vi è lieve dolenzia; spesso si palpa un tumore gastrico che non si sposterebbe coi movimenti del respiro. Lo studio del chemismo gastrico dimostra sempre ipo-o anacidità, molto di rado fu trovata iperacidità. Non è infrequente la presenza di acido lattico.

I pazienti sono anemici; raramente si mettono in evidenza lesioni specifiche del fegato e milza.

Radiologicamente è molto difficile di fare la diagnosi differenziale con un carcinoma. Si potrà pensare alla lue gastrica:

1) quando lo stomaco inizia un rapido svuotamento mentre nella porzione cardiale rimane per alcune ore un residuo;

2) quando con il reperto di stenosi pilorica l'esofago appare dilatato per compenso;

3) se esiste una infiltrazione della pars pilorica con dilatazione del resto dello stomaco;

4) nella forma di linite plastica in cui non esiste ostacolo allo svuotamento.

La R. W. può essere negativa.

Nei casi all'inizio è consigliabile la cura medica. Ma per la difficoltà della diagnosi, il pericolo dell'emorragia e della perforazione, per il grave deperimento dovuto alla stenosi che non permette di aspettare una guarigione lontana, conviene applicare la cura chirurgica. La gastro entero-anastomosi è indicata solo nei casi in cui esistono solo le cicatrici, quando c'è una ulcerazione è indicata la resezione.

La prognosi è grave. Senza cura i malati vivono al massimo 3 anni. Anche la resezione dà una mortalità relativamente alta a causa delle gravi condizioni dei pazienti, così in 15 casi se ne contano 3 morti.

VALDONI.

Le forme multiple e recidivanti dell'ulcera dello stomaco.

(DELORE, MALLET, GUY e VACHEY. *Lyon Chirurgical*, n. 5, 1925).

Possono esservi varie forme: l'ulcera doppia spontanea, l'ulcera a bascule (guarigione della prima, insorgenza d'una seconda), l'ulcera recidivante, molto rara, con formazione di ulcera nel punto di resezione della prima.

Gli AA. riferiscono 40 casi di ulcera doppia con sede vicina o lontana, come piccola curvatura, regione piloro-duodenale. In questi tipi di ulcera la sintomatologia è uguale a quella delle ulcere semplici con intermittenze e fasi di miglioramento.

La radioscopia può solo darci un segno quando oltre ad una stenosi pilorica ci dimostra uno stomaco biloculato. La terapia chirurgica in questi casi è complessa e può utilizzarsi la gastro-enterostomia con escissione dell'ulcera della piccola curvatura, la gastro-pilorectomia seguita dalla Billroth II.

La gastro-pilorectomia è indicata nei casi facili, ma in altri dubbi si deve ricorrere ad operazioni se pur incomplete, più benigne come exeresi dell'ulcera della piccola curvatura e gastro-enterostomia.

In casi di stenosi pilorica con ulcera della piccola curvatura, si fa in un primo tempo una gastro-enterostomia che è l'operazione più urgente, ed in un secondo la resezione, e se questa si giudica difficile si pratica la cauterizzazione dell'ulcera della piccola curvatura alla Balfour.

In casi di stenosi medio-gastrica con ulcera pilorica non stenosante, l'operazione di scelta è la gastro-pilorectomia. Se non si può fare una resezione può essere indicata la gastrostomia facendo passare la sonda fino nel duodeno, oppure associandola alla gastro-enterostomia.

In casi di doppia stenosi, medio-gastrica e pilorica, l'operazione di scelta è la gastro-pilorectomia, ma in casi gravi è più prudente la doppia operazione palliativa, anastomosi gastro-gastrica e gastro-enterostomia.

Le ulcere appartenenti alla seconda forma, ulcere a bascule sono quelle guarite dopo gastroenterostomia e che ritornano in altro posto (piccola curvatura, bocca anastomotica). In esse vanno comprese le così dette ulcere peptiche per la cui patogenesi oltre i diversi fattori che possono avere influenza, danno massimo valore al terreno speciale. L'ulcera peptica del digiuno può essere paragonata ad una della piccola curvatura insorta dopo un'ulcera pilorica. Riportano 3 casi di ulcere piloriche guarite con la gastro-enterostomia e recidivate come ulcere della piccola curvatura da mentire un'ulcera peptica. Nel nuovo intervento hanno praticata l'escissione dell'ulcera.

Questi casi confermano l'idea già espressa da Delore che gli ulcerosi sono individui con tendenza alle ulcere a ripetizione. Le ulcere a bascule ne sono una vera dimostrazione sperimentale.

La terza forma è quella dell'ulcera recidivante dopo resezione sia vicino, come *in situ* sulla cicatrice di resezione. Mentre Moyniham non ha mai osservate recidive di ulcere dopo resezione e

Friedman ne ha trovate 3 su 7, gli AA. ne riportano 3 casi. Veramente le recidive son rare, ma esse ci dicono che tale intervento non è assolutamente sicuro.

Le indicazioni per la gastro-pilorectomia sono racchiuse in questi termini: essa è l'operazione di scelta nelle ulcere doppie o recidivanti della piccola curvatura o in quelle doppie, pilorica e piccola curvatura con strettura medio-gastrica; essa è relativamente controindicata nelle ulcere doppie, piloro-piccola curvatura senza stenosi; è assolutamente controindicata nelle ulcere piloriche stenosanti con ulcera del corpo dello stomaco. In questo caso basta la gastro-enterostomia che resta l'operazione di scelta.

R. BRANCATI.

Cura dell'ulcera gastrica.

(P. MORAWITZ. *Munchner. Med. Wochenschr.*, n. 47, 1925).

La diagnosi di ulcera gastrica è spesso fatta senza che poi l'intervento dimostri effettivamente l'esistenza di un'ulcera. Qualunque sia la teoria patogenetica dell'ulcera gastrica che si voglia accettare è facile constatare che tutte sono d'accordo nell'ammettere che lo spasmo della muscolatura liscia dello stomaco è indispensabile a determinare sia l'ulcerazione sia i dolori da ulcere. Si comprende perciò come in casi in cui questi spasmi esistono senza la presenza di ulcerazioni i sintomi clinici e anche radiologici possano simulare perfettamente l'ulcera gastrica. L'autore parla di una « malattia di ulcera senza ulcera ». L'ulcerazione stessa potrebbe essere soltanto il sintomo di una malattia a base costituzionale, consistente in contratture spastiche permanenti e localizzate della muscolatura dello stomaco. In questi casi l'esame radiologico dimostra persino la presenza di nicchie permanenti in corrispondenza della grande curvatura o del duodeno (spasmi localizzati).

Lo stato spastico che è a base dell'ulcera gastrica persiste naturalmente anche dopo l'operazione: è ad esso che sono dovuti i cosidetti disturbi da gastroenterostomia, disturbi tardivi consistenti principalmente in fenomeni dolorosi che si manifestano qualche tempo dopo gastroenterostomie, eseguite con tecnica perfetta e con risultati ottimi.

Questa concezione è avvalorata dal fatto che i detti disturbi non si osservano mai dopo gastroenterostomie eseguite per carcinoma gastrico. Naturalmente oltre a questi esistono dei casi in cui i disturbi consecutivi alla gastroenterostomia dipendono o dal cattivo funzionamento di questa, oppure dall'intolleranza dell'intestino alla troppo breve digestione gastrica dell'alimento.

La sorpresa chirurgica di non trovare un'ulcera che era stata diagnosticata si evita se si limitano le indicazioni chirurgiche quanto più è possibile: alle ulcere determinanti fenomeni stenotici e gravi disturbi di mobilità, alle ulcere determinanti emorragie che non si possono frenare del tutto, e ai casi in cui si sospetta la perforazione.

La dimostrazione di una nicchia evidente non è invece un'indicazione assoluta all'intervento operativo, e nemmeno lo è la localizzazione dell'ulcera vicino al piloro o al duodeno, benchè la guarigione di queste ultime ulcere avvenga più raramente. Nei casi in cui non esista una delle tre nominate indicazioni operatorie assolute, si deve tentare anzitutto la terapia medica; la cura chirurgica si dovrà raccomandare anche nelle ulcere gastriche non complicate, soltanto se i disturbi nonostante la terapia medica o persistono, oppure recidivano troppo facilmente.

I metodi di cura medica dell'ulcera gastrica sono principalmente tre, denominate dai nomi di Leube, Lenhartz, Sippy. La cura di Lenhartz rende necessaria la somministrazione di molte uova ed ha l'inconveniente di essere troppo ricca in albumina e troppo costosa. L'A. ha molta più esperienza con gli altri due metodi di cura che hanno in comune la dieta che lascia in riposo lo stomaco, l'applicazione di impacchi caldi e il riposo a letto completo per circa 14 giorni. Mentre però Leube somministra alcalini soltanto tre o quattro volte al giorno, in forma delle sue polveri composte, Sippy dà principale importanza alla neutralizzazione possibilmente continua dell'acidità gastrica, dà perciò ogni ora una punta di coltello o più, di un miscuglio di bicarbonato di sodio e di magnesia usta (se le feci sono solide) o di un miscuglio di bicarbonato di sodio e carbonato di calcio (se esiste diarrea). Il malato deve poi mangiare ogni ora qualche cosa, p. es. alcuni sorsi di latte o del biscotto.

L'alimentazione dà nella prima settimana circa 1500 calorie al giorno (1 litro di latte, caffè senza zucchero, minestre mucillaginose, pappe di riso, semolino, due uova battute, 50 gr. di burro), nella seconda settimana si aggiunge pane arrostito, biscotto, prosciutto raschiato, zucchero, purée di patate o spinaci, uova poco cotte. Nella terza settimana si aggiungono carne, pasta, patate, cacao, formaggio. Nella quarta settimana dieta comune, escludendo le frutta crude, i cibi molto salati, il pane integrale, la carne grassa, il lardo e gli altri cibi difficilmente digeribili.

Questa dieta è comune a tutti e due i metodi di cura; i risultati sono su per giù gli stessi per i due metodi. Il vantaggio della cura Sippy consiste nel fatto che lo stomaco non è quasi mai del tutto vuoto, il vantaggio della cura di Leube nel-

la somministrazione di estratto di belladonna contenuto oltre ad alcalini, bismuto, carbone, nelle polveri composte. L'autore ha ottenuto notevoli vantaggi combinando i due metodi di cura: la somministrazione di alcalini ogni ora e di pasti piccoli e frequenti del metodo di Sippy, la somministrazione di atropina del metodo Leube. L'atropina è data in forma di pillole di 1/4 di mmgr. l'una, somministrando da principio 4 pillole al giorno ed aumentando giornalmente il numero di pillole fino a che non si hanno sintomi di intolleranza (secchezza della bocca).

Questo metodo di cura composto è il più razionale e dà i migliori risultati.

POLLITZER.

SISTEMA SCHELETRICO.

L'importanza del periostio nella formazione e cura della pseudoartrosi.

(H. IESSEN. *Archiv f. Klin. Chir.*, vol. 137, fasc. 2).

Due sono le teorie sulla genesi delle pseudartrosi. Bier ammette che il callo si forma dal midollo sotto l'influenza di uno stimolo biologico-chimico, un ormone che si sviluppa in loco sotto l'influenza del trauma, dell'ematoma e del tessuto muscolare leso. Quando questo stimolo è alterato si ha la pseudartrosi.

Lexer nega l'esistenza di un ormone; l'unico fattore importante nella formazione del callo è il periostio. La pseudartrosi si forma quando l'attività del periostio è insufficente per danneggiamento delle vie nutritizie generali o locali, o per la presenza di notevoli ostacoli interposti fra i monconi, o per la scarsa quantità di periostio rimasto vitale.

Sudeck (le cui idee sono esposte dall'A.) oltre al periostio, assegna importanza ai cosidetti spazi morti, cioè quegli spazi che restano fra i monconi e che vengono colmati dal versamento ematico. Lo sviluppo del callo è sempre proporzionato alla grandezza degli spazi morti; quando mancano si ha la pseudartrosi. La neoformazione ossea, dipende quindi da due fattori: il periostio vitale e lo spazio morto. Spiega così le ossificazioni del brachiale, del quadricipite, ecc. Per opera del trauma, le larghe inserzioni di questi muscoli strappano una parte del periostio; se tra questo e l'osso si forma uno spazio morto colmato da sangue, si realizzano le due condizioni necessarie alla neoformazione ossea. Lo stesso avviene per i calli esuberanti.

Una pseudartrosi dipende quindi o da un alterato rapporto degli spazi morti o da insufficente attività del periostio sia per difetto di nutrizione, sia perchè presente in quantità troppo piccola.

Quando non è possibile l'escissione della pseudartrosi, consiglia di praticare, dopo una recentazione parziale, un trapianto di un lembo periosteo, mantenendo intatte le sue vie nutritizie e le connessioni muscolari. Per es., per l'omero, nel suo terzo superiore mobilizza una parte dell'inserzione del tricipite, per i due terzi inferiori quella del brachiale, per la mandibola il massetere. Ha ottenuto così rapida guarigione in due pseudartrosi dell'angolo mandibolare, in una dell'omero, in una della tibia, nella quale, dopo la recentazione dei monconi, era rimasto uno spazio morto di parecchi cm. mantenuto dal perone integro.

Nella formazione del lembo periosteo è necessario di comprendervi anche un sottile strato osseo perchè resti intatto lo strato osteogeno.

VALDONI.

Sui risultati lontani dell'operazione di Albee.

(D. GIORGACOPULO. *Archivio It. di Chir.*, 1925, n. 3).

Riferisce su 19 casi di spondilite tubercolare trattati con l'operazione di Albee nell'Ospedale « Regina Elena » di Trieste, nel reparto diretto dal primario dott. D'Este. Nel maggior numero dei casi, la loro osservazione risale ad oltre tre anni dall'operazione.

In un caso in cui il paziente morì dopo 9 mesi dall'atto operativo per tubercolosi miliare, ha potuto constatare la piena riuscita dell'operazione, tanto che difficilmente si riconosceva la linea di saldatura ossea della stecca, che era anche notevolmente cresciuta in grossezza. Mentre in questo caso la morte non può venire imputata all'atto operativo, in un altro caso seguìto da esito letale, il decorso postoperatorio ed il reperto necroscopico dimostrarono che l'operazione aveva provocato una disseminazione dei prodotti tubercolari nell'organismo. In altri quattro casi dopo l'intervento perdurarono dei disturbi (paresi, ascessi ossifluenti, ecc.), per quanto in grado minore. In tutti gli altri casi, tra i quali vi erano cinque bambini di 6-8 anni, la guarigione fu completa, ed i bambini ebbero uno sviluppo scheletrico normale.

Esami radiografici eseguiti a varia distanza di tempo dall'intervento, dimostrarono che la stecca nei casi in via di guarigione o di guarigione recente è ingrossata, talvolta del doppio, ma di lunghezza immutata, mentre nei casi di data più antica, appaiono indizi di atrofia probabilmente

perchè guarendo la spondilite, viene a mancare alla stecca la sua funzione.

L'A. parla della tecnica, dei vantaggi e delle indicazioni dell'operazione di Albee, concludendo che essa rappresenta un considerevole progresso nella cura della spondilite tubercolare.

FIORENTINI.

Lombalizzazione della prima vertebra sacrale e sdrucciolamento vertebrale. (Spondilolistesi).

(A. LEVI, *La Presse médicale*, n. 102, 1925, p. 1681).

La lombalizzazione della 1ª vertebra sacrale è un vizio di differenziazione regionale del rachide diametralmente opposto alla sacralizzazione della 5ª vertebra lombare: è l'assimilazione del 1º pezzo del sacro a una vertebra lombare, dovuto ad assenza di saldatura delle diverse parti di questa vertebra alle vertebre sottogiacenti.

È un'anomalia progressiva, essendo le vertebre sacrali nel bambino separate tra di loro e non saldandosi nella malattia in parola con l'ulteriore sviluppo.

La rarità dei casi di lombalizzazione della 1ª vertebra sacrale nella letteratura è forse dovuta a confusione con la sacralizzazione della 5ª lombare; e tale distinzione è impossibile senza numerare tutte le vertebre lombari.

La lombalizzazione è considerata erroneamente come non suscettibile di produrre disturbi e quindi senza un'espressione clinica. Essa è un'ossificazione insufficiente.

Dopo un caso osservato in una giovane creduta affetta da coxalgia e curata con immobilizzazione, l'A. ha potuto osservare altri casi analoghi. I dolori localizzati nella regione sacro-lombare e non irradiati lungo i nervi sono dovuti alla com pressione tra i corpi vertebrali e tra le cartilagini interposte.

Al difetto di saldatura tra 1ª e 2ª sacrale si accompagna modificazione di posizione dei diversi elementi ossei tra di loro: deformazione e stiramenti giustificano i dolori.

La vertebra lombalizzata si presenta asimmetrica, sia che la separazione con la 2ª sacrale è unilaterale, sia che la separazione è uguale da un lato e dall'altro. Il corpo vertebrale a volte più appiattito da un lato, di fronte può avere l'aspetto di cono; ne può risultare un'inclinazione laterale del rachide, una scoliosi più o meno accentuata e bassissima. Il cono tende a scivolare in avanti ed a cadere nel bacino; ciò è causa di inclinazione compensatoria indietro del sacro. Tale disposizione accentuandosi è causa di malformazioni che gli ostetrici definiscono spondilolistesi, e che sarebbe dovuta, secondo Neusebauer e Farabeuf, alla spondiloschisi, o difetto di saldatura tra i nuclei di ossificazione.

La lombalizzazione produce il sacro a faccia anteriore convessa con falso promontorio sacrale. Questa varietà di deformazione del bacino da lombalizzazione della 1ª sacrale non è stata sinora descritta, ma essa non deve essere rara, perchè in 2 anni l'A. ne ha osservati 12 casi.

Lo scivolamento vertebrale, la spondilolistesi, all'A. sembra che possa verificarsi più frequente mente per una 6ª vertebra lombare che semplicemente per la 5ª. Ed infatti in un caso occorso all'A. in una donna incinta, l'ausilio del forcipe durante il parto si rese necessario.

Oltre le conseguenze ostetriche, la lombalizzazione della 1ª sacrale ha una sindrome clinica, basata sull'attitudine e sulle manifestazioni dolorose: esiste quindi una *sindrome della lombalizzazione dolorosa*. Tronco incurvatissimo, insellatura lombare sopratutto pronunciata immediatamente al disopra delle natiche, con un certo grado di scoliosi; natiche salienti. Alla palpazione la faccia posteriore del sacro è bilanciata indietro; le dita si infossano come in un tronco al disotto dell'apofisi spinosa della 5ª lombare. Spalle spinte indietro; distanza tra scapola e cresta iliaca diminuita; pieghe cutanee pronunciate; ventre prominente; negli individui magri immediatamente al disopra del pube si apprezza una salienza rotonda, massiva, dura, che è la colonna vertebrale. Se l'ammalato si inclina indietro si accentua l'insellatura lombare; quando si piega in avanti non scompare interamente; nell'iperflessione innanzi si apprezza una leggera scoliosi. La maggior parte dei movimenti si eseguono nel tratto dorso-lombare. Deambulazione normale.

Dolori tenaci, persistenti, continui o subcontinui, gravativi, a sede lombo-sacrale, mediani o latenti, ma senza irradiazioni lungo i nervi. Dolori che cessano soltanto in posizione coricata, sollevando il ginocchio o flettendo il collo sul tronco, riducendosi con tale manovra l'insellatura lombare. Il dolore aumenta con tutte le cause che ordinariamente aumentano l'insellatura lombare; difficile la corsa, la discesa delle scale, ecc.

A volte l'inizio del dolore è da ricollegarsi a traumatismo, il quale ha rilevato la lesione.

Tutti i movimenti degli arti sono possibili: non amiotrofia, non disturbi di sensibilità.

Eliminate le malattie, causa di dolori e dell'attitudine descritta, si può pensare clinicamente alla diagnosi, controllata ed accertata radiologicamente, ed è indispensabile un'osservazione ac-

curata di tutte le vertebre lombari, e dei fori sacrali. L'articolazione della vertebra lombalizzata con il sacro è d'ordinario fatta a mezzo di disco assottigliato, a volte parzialmente ossificato, ed a volte sulla parte anteriore vi è un buco di ossificazione. JURA.

GINECOLOGIA.

La gravidanza extrauterina.

(A. TIERNY. *Journal des Praticiens*, 26 settembre 1925).

La gravidanza extrauterina è più frequente di quanto si credeva un tempo. L'ovulo può svilupparsi nell'ovaio (gravidanza ovarica), nella cavità peritoneale, nella tromba ed all'inserzione di questa (gravidanza interstiziale). La sua gravità consiste nel fatto che, in ogni periodo, si può avere la rottura che porta con sè degli accidenti che possono essere fulminei e causare la morte.

I segni della gravidanza extrauterina sono spesso difficili da differenziare; non sempre sono precoci ed è soltanto verso il 3°-4° mese che la sintomatologia acquista sufficiente chiarezza. Sul principio, si rilevano i segni banali di gravidanza: arresto delle mestruazioni, disturbi reflessi dal lato dello stomaco, aumento di volume dei seni; alla palpazione, rammollimento del collo e, da uno dei lati di questo, una piccola massa ovoide che può far pensare ad una salpingite. L'utero è un po' aumentato di volume; il tumore salpingeo aumenta di mese in mese fino a riempire uno dei lati del bacino.

Sebbene le mestruazioni siano spesso soppresse, si osserva spesso, ai periodi mestruali, uno scolo sanguigno con espulsione di membrane, scolo che si accompagna a reazione dolorosa che obbliga la donna a mettersi a letto. Compaiono talvolta dei fenomeni di compressione che sono in rapporto col volume del tumore: disuria, costipazione. Fare il cateterismo della vescica, poichè si tratta spesso soltanto di ritenzione d'urina.

Se il feto ha già raggiunto un certo volume, si può percepire il ballottamento fetale ed, all'ascoltazione, un rumore di soffio con dei battiti cardiaci, questo però ad un periodo già avanzato, ciò che non è il caso abituale.

La rottura della cisti fetale è un incidente gravissimo che si manifesta con un dolore addominale violento, sincopale, un polso filiforme, una facies da « shock » ed i segni di anemia acuta, corrispondenti all'inondazione peritoneale. Se la rottura si fa all'inizio e se l'emorragia è poco abbondante, essa si localizza e si forma un ematocele; se, al contrario, essa è abbondante, compare fulminea e riempie la cavità addominale.

Si rileva talvolta il segno di Lafont: dolori tardivi elevati, che compaiono dopo il dolore pelvico, verso la decima costa, od alle reni. Tale dolore non è però costante, è un segno di irritazione peritoneale acuta e corrisponde alla distensione del cavo del Douglas in causa dell'emorragia; è un dolore reflesso, viscero-sensitivo.

In complesso dunque, il dolore subitaneo, acuto, atroce è il segno di gravidanza tubaria rotta con emorragia di media intensità; quello tardivo, elevato che compare dopo il dolore acuto è un segno di inondazione peritoneale.

Diagnosi. È difficile all'inizio, quando si rilevano i segni abituali della gravidanza con dolori ed espulsione di membrane. Si farà allora la diagnosi differenziale con la salpingite, la retroversione dell'utero e l'aborto; in quest'ultimo caso, il collo è aperto, l'utero è molliccio e vi sono dei lochi.

Più facile invece è la diagnòsi ad un periodo più avanzato; il collo resta poco sviluppato ed il dito invece rileva un tumore laterale voluminoso.

Qualunque sia l'epoca della gravidanza extrauterina, che questa sia certa o soltanto sospettata, è necessario sempre fare una laparotomia, poichè può aversi la morte improvvisa. L'operazione non fa correre nessun rischio alla malata, quando questa sia operata in un ambiente chirurgico e non a domicilio. La minima dilazione può far morire rapidamente la malata prima che il chirurgo arrivi a tempo per portare il soccorso.

Durante gli accidenti addominali, guardarsi bene dal far venire il chirurgo a domicilio della malata; quando il medico sospetta una gravidanza tubaria rotta, deve affrettarsi a far trasportare immediatamente la malata in un ambiente chirurgico.

Nel caso di inondazione peritoneale il trattamento comprende: la trasfusione di 200-400 grammi di sangue, che è indicata nella maggior parte dei casi; l'anestesia locale combinata con la narcosi all'etere, per ridurre la dose dell'anestetico; l'ablazione rapida del lato annessiale rotto, asportazione dei coaguli, prosciugamento sommario della cavità, per evitare la lunga durata delle manovre; chiusura dell'addome in un piano, senza drenaggio. *fil.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. dott. BERNARDINO MASCI. *Tecnica terapeutica ragionata medica e chirurgica*. Roma, Casa editrice Luigi Pozzi, 1925. Prezzo lire 78.

Quest'opera ha ricevuto tale una benevola accoglienza presso il pubblico medico italiano, che può sembrare superfluo da parte nostra il richiamare ancora su di essa l'attenzione degli studiosi. Ma quando i libri contano già al loro attivo un largo stuolo di lettori, sentiamo il dovere di segnalarne il successo e di ricordarli ancora a tutti coloro, che non hanno avuto occasione di saggiarne la bontà e l'effettiva pratica utilità.

L'opera del Masci va considerata soprattutto rispetto allo scopo che l'autore si è prefisso: cioè quello di coordinare un vasto materiale di terapia medica e chirurgica, secondo direttive semplici, non mai tortuose, che corrispondano alle reali esigenze dell'esercizio pratico. Uno dei maggiori meriti dell'autore è quello di aver saputo reagire e resistere a quella specie di abito mentale, che ci conduce alle troppo sottili teoriche speculazioni, od alle artificiose e spesso inconcludenti disquisizioni critiche, od alla raccolta di nozioni particolari, che non gettano alcuna luce sui fondamentali problemi della terapia, e di aver soprattutto speso le proprie energie in un lavoro di semplificazione, del quale i lettori gli debbono essere massimamente grati, in quanto ad essi viene risparmiato un analogo sforzo. Ciò spiega perchè in un volume di poco oltre 800 pagine sieno raccolte in una forma piana, lucida e sintetica le più importanti applicazioni terapeutiche in tutti i campi della medicina e chirurgia generale e speciali, e coordinate in un sistema armonico, attraverso il crogiuolo di quello spirito critico, che all'autore è derivato in gran parte dal lungo e metodico esercizio ospitaliero. Alle pure e genuine fonti dell'esperienza terapeutica dei grandi ospedali della capitale ha soprattutto attinto quei pratici accorgimenti che difficilmente si trovano descritti nei comuni libri di terapia, ove si fa piuttosto sfoggio di erudizione sopra argomenti teoricamente importanti ma di scarsa efficienza pratica, e si trascura o si disdegna addirittura l'esposizione di quelle nozioni semplici e talvolta di modesto e umile significato, che costituiscono purtroppo una vera lacuna tecnica per la maggior parte dei giovani medici.

Ma nel libro del Masci è stato pienamente raggiunto l'obbiettivo di fornire al lettore non solo le più semplici ed antiche acquisizioni terapeutiche, ma anche le più elaborate norme di terapia moderna, sempre secondo metodi perfettamente accessibili ad ogni medico pratico. Se si giudicasse il libro da un punto di vista esclusivamente culturale, si potrebbe qua e là cogliere qualche lacuna in rapporto ai più recenti acquisti della terapia; ma la trattazione completa dei singoli capitoli fino agli ultimissimi sviluppi dell'esperienza terapeutica avrebbe certamente tolto una gran parte all'efficacia didattica. Il libro è diviso in 27 capitoli fondamentali, che si riferiscono ai seguenti argomenti: l'Assistenza al malato; l'Igiene del malato; l'Alimentazione del malato; i Medicamenti; la Crenoterapia; la Climatoterapia; l'Elioterapia; la Termoterapia; l'Idroterapia; il Massaggio e Ginnastica medica; l'Elettroterapia; la Psicoterapia; la Tecnica terapeutica cutanea; la Tecnica terapeutica sottocutanea; la Tecnica terapeutica dell'apparato circolatorio; la Tecnica terapeutica dell'apparato respiratorio; la Tecnica terapeutica dell'apparato digerente; la Tecnica terapeutica dell'apparato urinario; la Tecnica terapeutica dell'apparato genitale; la Tecnica terapeutica del sistema nervoso; la Tecnica terapeutica dell'apparato motore; la Tecnica terapeutica dell'apparato visivo; la Tecnica terapeutica dell'apparato uditivo; la Tecnica terapeutica pediatrica; le Cure pre- e postoperatorie; Tecnica della medicatura; Tecnica delle fasciature.

Tutte queste parti sono svolte con quel senso di giusta misura che permette di svolgere i capisaldi della terapia in tutto il vastissimo campo delle discipline mediche e chirurgiche, senza che ne scapitino mai la chiarezza e la completezza.

Il libro si presenta in una veste tipografica nitida ed impeccabile, che fa onore al nostro alacre ed infaticabile editore Luigi Pozzi, già tanto benemerito nella diffusione di pregevoli opere scientifiche e cliniche della Scuola medica italiana, e può gareggiare con le migliori edizioni straniere; è corredato di numerose figure tanto semplici quanto dimostrative, e costituisce nel suo insieme un volume non soltanto degno di far parte della modesta biblioteca del medico pratico, ma anche di quella più ricca e sontuosa dei più dotti cultori della medicina. Il successo già conseguito è di ottimo auspicio per un più fortunato avvenire.

Raccomandiamo quest'opera soprattutto ai medici condotti che, lontani dai grandi centri universitari ed ospitalieri, possono usufruirne nelle più svariate circostanze della loro attività professionale, derivando da essa i più sani e preziosi suggerimenti terapeutici, tanto nelle branche generali quanto in quelle speciali della medicina e chirurgia.

Prof. GIOVANNI ANTONELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

H. LETHEBY TIDY. *A Sinopsis of Medicine.* IV edizione. Un vol. in-16° di 1000 pag., rilegato. J. Wright & Sons, Bristol, 1925. Prezzo 21 scellini.

In occasione della pubblicazione delle precedenti edizioni, si è già parlato favorevolmente di questo manuale che, per la felice disposizione della materia, gli accorgimenti tipografici e la eliminazione di quanto non appaia strettamente necessario risponde bene allo scopo di racchiudere nel breve spazio di un migliaio di pagine tutto quanto di sostanziale vi è nella patologia medica. I sintomi di ogni malattia sono enumerati in modo completo e brevemente spiegati, non trascurando la patologia di ogni singola malattia e le teorie vigenti in materia. Dopo le indicazioni per la diagnosi e la prognosi, si passa alla terapia, ridotta entro limiti giusti, senza l'enumerazione di tutte le pratiche, talvolta contraddittorie consigliate dai vari autori.

Nella presente, che è già la quarta edizione raggiunta in cinque anni, sono state portate radicali trasformazioni e parecchi capitoli sono stati rifatti quasi ex novo; cito, p. es., quelli su: itterizie, botulismo, visceroptosi, asma bronchiale, ecc.

Il manuale è caldamente raccomandabile per lo studente come per il pratico. *fil.*

N. ORTNER. *Klinische Symptomatologie und Differential-Diagnose innerer Krankheiten.* III Band. Urban e Schwarzenberg, Berlin-Wien 1925, M. 18.

Questo volume del trattato dell'Ortner è un completamento dei 2 volumi precedenti e tratta particolarmente di molti importanti problemi della diagnostica differenziale. In una prima parte espone i vari criteri differenziali nella diagnosi dei tumori addominali, suddividendo la trattazione dell'argomento nei riguardi delle varie regioni dell'addome e non già dei vari organi. In una seconda parte dopo avere considerato le particolarità varie del decorso della febbre dal punto di vista del loro valore nella diagnostica differenziale, si sofferma particolarmente a trattare i vari elementi che più hanno importanza nella diagnosi delle malattie infettive, delle affezioni dell'apparato respiratorio e circolatorio, del fegato, della milza e dell'apparato linfatico. Da ultimo prende in esame la diagnosi del carcinoma gastrico e quella di neurosi, neurastenia, psicastenia.

Come nei volumi precedenti, l'esposizione della materia è compiuta sinteticamente ma nulla tralasciando di quanto può avere importanza per la soluzione di ogni problema diagnostico, onde particolarmente utile riesce allo studioso di medicina interna. TR.

CHYRAY et MILOCHEVITCH. *Diagnostic et Traitement des Maladies de la Vescicule Biliaire, par l'esecretion provoquée épreuve de Meltzer Lyon et de Stepp.* Masson, éd. Fr. 12.

Nel volume è riferita la personale esperienza sul metodo di Meltzer e metodi derivati come mezzo di esame della bile vescicolare: sono descritti minutamente i metodi d'indagine: tecnica, esame chimico bacteriologico della bile B. È discusso il valore terapeutico del metodo. Esso potrà dare notevoli resultati semeiologici, deve quindi diventare patrimonio del medico moderno; il volumetto è per lo scopo ottima guida.

T. P.

FRITZ MUNK. *Pathologie und Klinik der Nierenerkrankungen.* II ediz. Urban e Schwarzenberg, Berlin 1925. Gmk. 25.50.

La nuova edizione dell'opera del Munk ben nota a tutti gli studiosi della patologia renale si presenta notevolmente ampliata ed intonata ai moderni concetti di studio e di suddivisione delle malattie del rene.

Una prima parte generale tratta delle nozioni più importanti di anatomia e fisiologia renale e dei dati che si desumono dall'esame delle urine e dall'applicazione delle varie prove funzionali.

La seconda parte è dedicata allo studio delle varie affezioni renali: nefrosi, nefriti, rene grinzo genuino, corredando ogni singolo capitolo con l'esposizione di alcuni casi clinici riferiti a titolo di esempio.

Il testo contiene 72 figure e 4 tavole a colori.

Il nome dell'autore è di per sè indizio di pregio dell'opera.

TR.

B. ZÉNOPE. *Origine testiculaire de la Calvitie et son traitement.* Un op. in-8° picc. di pag. 168, con fig. Costantinopoli (Pera), senza data. In vendita presso l'A. (158, Grande Rue Tarla, Bachi). Prezzo scellini 2.

A giudicare dai titoli, le pubblicazioni del dottor Zénope possono sembrare cervellotiche, o almeno stravaganti: « Origine testicolare della calvizie », « Origine tiroidea della collera », « Riassunto di fisiognomonica »; tuttavia nel lavoro che presentiamo dobbiamo riconoscere una razionalizzazione serrata e una documentazione copiosa. Il dottor Zénope, che è stato educato a Parigi, ha assimilato la metodologia scientifica dell'occidente e se ne vale per le sue elucubrazioni, che non sono del tutto prive di fondamento e forse dischiudono nuove vie all'osservazione e alla ricerca.

B. F.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 28 novembre 1925.

Presidenza: prof. A. BIGNAMI, V. Presidente.

Su tre casi di cisti da echinococco della milza.

Prof. N. LEOTTA. — L'O. illustra tre casi di cisti da echinococco della milza da lui operati e guariti. Nei riguardi diagnostici l'O. insiste sul valore dell'intradermoreazione alla Casoni, che è reazione più sensibile della Ghedini Weinberg. Per la cura predilige la marsupializzazione, che secondo l'O. deve essere il metodo di elezione. La splenectomia ha indicazioni in casi di cisti mutiple o di cisti alte a sviluppo sottodiaframmatico, ha controindicazioni nelle aderenze, di cui ricorda un tipo non notato, l'aderenza cioè al mesocolon trasverso, dall'O. riscontrato in uno dei suoi casi.

Sulla torsione del peduncolo splenico.

Prof. N. LEOTTA. — L'O. illustra un caso di torsione del peduncolo di una grossa milza malarica. Nonostante i tre giri di torsione l'arteria non era completamente obliterata, obliterate erano invece le vene. Dopo avere illustrato i criteri di diagnosi, ritiene la splenectomia il metodo di necessità.

Il socio prof. SANARELLI chiede quali disturbi funzionali si presentano, se l'intervento di splenectomia è tardivo in casi di torsione del peduncolo.

Il socio prof. EGIDI fa osservare che metodi utili nella cura delle cisti da echinococco della milza sono l'asportazione della cisti, o anche la formalizzazione della cisti stessa quando sia necessario evitare una grave operazione e che d'altra parte se esistono aderenze è possibile quasi sempre di mobilizzarle.

Risponde il prof. LEOTTA al prof. Sanarelli che complicazione frequente se l'intervento non è sollecito, è la peritonite; si ha necrosi della milza con infezione secondaria e peritonite diffusa.

Al prof. Egidi fa notare che i metodi da lui propugnati sono utili e indicati per le cisti del fegato, non per quelle della milza che non ha in generale cisti intraparenchimatose, e nelle quali la chiusura per prima è d'ordinario impossibile. Tale possibilità della chiusura per prima non si verifica mai quando vi siano gravi aderenze.

L'importanza della colorazione allo jodio per la ricerca degli spirocheti.

Prof. P. ALESSANDRINI. — L'O. riferisce di sue esperienze in base alle quali può affermare che con soluzioni jodiche concentrate possono essere messi in evidenza bacteri e spirochete. Tra le forme spirochetiche, adoperando una soluzione al 20 % di jodio (IK 40 %), le boccali e quelle della gangrena polmonare si presentano come rivestite da una patina nerastra, mentre quelle della sifilide assumono un aspetto uniforme, giallastro.

L'O. ritiene che questo comportamento deve essere riferito allo stato della carica elettrica dei germi.

Su alcuni metodi di esame funzionale dell'apparato circolatorio.

Dott. G. MELDOLESI. — Presentato dal socio prof. V. Ascoli l'O. riferisce dei risultati ottenuti sul sano e sul malato nello studio dell'esame funzionale dell'apparato circolatorio con l'associazione del metodo grafico al metodo radioscopico, praticando la compressione dell'arteria femorale.

Mostra all'Accademia il tipo normale di reazione per il tempo di compresione e per il periodo successivo, nei riguardi del ritmo, del volume del cuore, del volume d'urto, e presenta i tipi patologici (ipotonie del miocardio, insufficienze circolatorie). L'O. parla inoltre del metodo oscillografico (con la capsula di Boulette Pachon) per lo studio delle pareti delle arterie e presenta i vari oscillogrammi normali e patologici, soffermandosi specialmente su recenti indagini compiute a proposito di malarici.

Sulla infettabilità della bile cistica del cane per sola presenza di corpi estranei simili a calcoli nella cistifellea.

Prof. G. BAGGIO. — L'O. riferisce di ricerche sperimentali sul cane, con le quali egli si è proposto di vedere se immettendo delle pietruzze sterili nella cistifellea, la presenza di esse era sufficiente a provocare infezione della bile. Su 14 esperienze in sette la bile si conservò sterile, in sette si mostrò inquinata ma non furono mai rinvenuti germi patogeni.

Chiede la parola il prof. PONTANO per ricordare che uno degli elementi dell'infezione biliare in caso di calcolosi è la bacterioemia e l'eliminazione per la bile di germi patogeni. Sarebbe stato utile quindi immettere nel circolo sanguigno germi patogeni che sogliono essere eliminati per l'emuntorio biliare. L'O. ricorda che la clinica ha elementi sicuri per affermare l'esistenza di una calcolosi asettica, di una calcolosi da infezione e di una calcolosi secondariamente infettata.

Chiede la parola il socio prof. SANARELLI per confermare l'importanza dell'emuntorio cistico nella eliminazione dei microbi, che illustra con la nota competenza riferendosi ai suoi studi.

Risponde il prof. BAGGIO riconoscendo l'importanza della eliminazione dei germi per la bile, e che questa prima parte del lavoro sarà seguita da ulteriori esperienze che riguarderanno questo lato del problema.

Seduta del 26 dicembre 1925.

Presidenza: prof. R. ALESSANDRI, presidente.

L'ossaluria critica nei suoi rapporti con la patologia digestiva.

Prof. P. ALESSANDRINI. — L'O. dopo aver lumeggiato l'importanza dello spasmo nelle crisi do-

lorose addominali, e nel determinismo delle alterazioni anatomiche, ricorda i rapporti esistenti tra speciali costituzioni e la frequente presenza di crisi spastiche, in relazione con la deficienza di calcio allo stato jonico.

L'O. ha trovato che crisi di povertà calcica si possono avere per produzione di forti quantità di acido ossalico; corrispondono sindromi dolorose (renali, epatiche, appendicolari) passibili di miglioramento con saturazione calcica (iniezioni endovenose di cloruro di calcio).

(L'argomento è stato oggetto di un lavoro pubblicato nel fasc. 6°).

Su di un caso di morbo di Paget e uno di morbo di Reclus nelle mammelle.

Prof. L. DOMINICI. — L'O. illustra prima un caso di morbo di Paget delle mammelle nel quale l'ulcerazione dell'arcola e del capezzolo presentavano i segni di una comune ulcera flogistica, ed era completamente separata da un nodulo adenocarcinomatoso sottostante.

Riferisce inoltre di un caso di lesione della mammella destra che, per i suoi caratteri clinici, anatomopatologici e microscopici ritiene appartenga al tipo descritto da Reclus.

Ematuria grave unilaterale guarita con lo scapsulamento.

Dott. M. ASCOLI. — Presentato dal socio prof. ALESSANDRI, l'O. illustra un caso di ematuria unilaterale, con gravi conseguenze nello stato di sanguificazione del soggetto.

Gli esami praticati compreso il pneumorene avevano fatto diagnosticare un'ematuria essenziale, senza tumore. Il decapsulamento del rene portò ad una rapidissima (dopo qualche ora) scomparsa del sintoma ematuria macroscopica; solo microscopicamente si rinveniva nel sedimento qualche emazia. Si diffonde quindi sulla patogenesi e propende per una teoria nervosa.

Chiede la parola il socio prof. ALESSANDRINI per ricordare due casi della sua pratica con ematuria unilaterale associata a crisi dolorose. In uno dei casi operati l'ematuria recidivò.

Chiede la parola il socio prof. EGIDI per domandare se in considerazione del vantaggio temporaneo ottenuto con l'atto operativo non si possa pensare che la diminuzione e la scomparsa della ematuria sia dovuta a temporanea soppressione funzionale da trauma operatorio delle zone renali malate.

Il dott. ASCOLI risponde al prof. ALESSANDRINI notando che esiste differenza tra il caso da lui illustrato e i casi comunicati di ematuria con nefralgia. In questi ultimi che ricordano la frase « glaucoma renis » si capisce l'azione dello scapsulamento. Il ripristino della capsula può essere la ragione della recidiva. Al prof. EGIDI risponde che la poliuria che segue allo scapsulamento è elemento d'operazione contrario alla sospensione funzionale del rene malato.

Tumori sperimentali rari da stimoli (catrame, radio).

Prof. R. BRANCATI. — L'O. presentato dal socio prof. ALESSANDRI illustra con proiezioni e preparati la produzione di tumori trapiantabili in serie del tipo sarcomatoso per stimoli da catrame, e produzione di tumori a tipo sarcomatoso polimorfo non trasmissibili in serie per azione del radio.

E. GROSSI.

Ospedale Maggiore di Bologna.

Seduta del 13 dicembre 1925.

Presidenza: Prof. CALABRESE.

Raccolta purulenta da perforazione dell'appendice.

G. MONTI. — La lesione aveva esordito, senza precedenti anamnestici, otto giorni prima dell'ingresso in Ospedale, con dolori addominali e vomito durati due giorni, a cui aveva fatto seguito, sei giorni dopo, una elevazione termica di soli 37.5. L'alvo era sempre stato regolarmnte aperto e la febbre era diminuita progressivamente fino a scomparire due giorni dopo l'ingresso in Ospedale. All'esame obiettivo, si rilevò, al quadrante inferiore destro dell'addome, la presenza di una massa globosa grossa più di un pugno, mobile, poco dolente, a contorni regolari a consistenza elastica. L'esame vaginale dimostrò che la massa, mobile, era cistica ed aveva rapporti intimi coll'utero. Nessun segno di risentimento peritoneale, alvo regolare. Si pensò ad un cistoma ovarico con torsione del peduncolo. All'intervento, raccolta purulenta fetidissima commista a gas, delimitata dalla adesione di alcune anse del tenue, del tratto ileocecale, e dell'annesso destro. L'appendice pescava nella raccolta ed era per due terzi distrutta e ad estremità beante.

Ernia del mediastino in corso di pneumotorace artificiale.

A. CIVIDALI. — L'O. mostra, soggetto e lastre, un nuovo caso di ernia del mediastino in corso di pneumotorace artificiale: e rileva con compiacimento come l'argomento da esso l'anno scorso per la prima volta illustrato, sia già stato tema di altri cinque lavori, che presenta e discute.

Pone a confronto il caso suo attuale con quello precedente, e dalle diverse caratteristiche, in base ai punti comuni, assurge ad una spiegazione unica del fenomeno.

Particolarmente si diffonde a parlare della riduzione dell'ernia nell'inspirazione, fenomeno ben manifesto nel caso presentato, e la confronta col movimento paradosso del diaframma (fenomeno di Kienböck), giungendo in proposito alle seguenti conclusioni:

1) Riduzione inspiratoria dell'ernia e movimento paradosso del diaframma sono da riferirsi ad un'unica causa;

2) Questa causa è la rarefazione del gas nella inspirazione, che esercita un'azione centripeta (aspirazione) sulle pareti delimitanti il cavo pleurico, meglio risentita dalle pareti deboli (mediastino-diaframma) e dai punti deboli delle pareti (ernia);

3) Questa rarefazione del gas è poi dovuta al fatto che nella inspirazione gli archi costali si sollevano, il cavo pleurico si amplifica, senza che il polmone collassato venga — come nel sano — a colmare con la propria espansione passiva la maggiore capacità raggiunta dal cavo pleurico: donde la rarefazione del gas contenutovi.

Dott. A. CIVIDALI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 7 gennaio 1926.
Presidenza del prof. N. LEOTTA.

Importanza della sede per l'attecchimento del trapianto testicolare.

Dott. TRINCHERA. — Ha eseguito trapianti testicolari con la tecnica del Voronoff, oltre che nella vaginale, in numerose altre sedi dell'organismo (peritoneo parietale, pleura parietale, dura meninge, milza, parenchima testicolare, muscoli, midollo osseo). Dopo un periodo uguale di tempo (un mese) il reperto istologico dei trapianti, in qualsiasi sede praticati, ha dimostrato costantemente all'O. una netta involuzione delle cellule epiteliali con riassorbimento maggiore o minore di esso, sino alla completa scomparsa, ed una corrispondente proliferazione connettivale dell'organo ospite, che penetra fino negli spazi intertubulari. In qualsiasi sede si è notata la stessa esaltazione della libide. L'O. ritiene di aver definitivamente risolto la questione pregiudiziale del Voronoff che ammette la *specificità della sede* per l'attecchimento del trapianto testicolare, in quanto che in tutte le sedi, compresa la vaginale, l'O. ha ottenuto lo stesso risultato. Il destino del trapianto, così del testicolo come delle altre ghiandole a secrezione interna, anzichè dalla specificità della sede, è segnata dalle condizioni di nutrizione umorale e di innervazione.

Sulla duplicità del corpo luteo.

Dott. CETRONI. — Da ricerche compiute dall'O. si giunge alla conclusione che il c. l. doppio si trova nel 3 % fuori della garvidanza, nel 25 % in gravidanza. L'O. analizza i reperti ottenuti soffermandosi specialmente sulle cause della differenza nella percentuale in gravidanza e fuori dello stato gravidico.

Ascesso subfrenico silenzioso.

Dott. ROSSI. — Espone un caso di ascesso subfrenico nel quale erano assolutamente assenti i sintomi fondamentali sui quali si basa la diagnosi di questa malattia. Muta l'anamnesi, assente la febbre e la leucocitosi, esisteva solo una leggera ottusità alla base del polmone destro e lieve dolenzia all'ipocondrio.

La diagnosi fu fatta con la radiografia. L'O. spiega questa particolarità nosografica con la sede tutta anteriore della raccolta, proprio a contatto della parete addominale. Infatti l'ascesso fu operato dal prof. Leotta con un'incisione anteriore nell'8° spazio. L'infermo guarì in breve.

Terapia fenilarsinica della sifilide per via gastrica.

Prof. MARIANI. — Riferisce una lunga serie di esperienze cliniche, oltre 170 casi, sull'efficacia terapeutica dei derivati acetilici e formaldeidici dell'acido mono-amino-paraossifenilarsinico (stovarsol, treparsol, spirocil). Si dichiara favorevole a questa terapia per via gastrica che segna un passo importantissimo nel trattamento della sifilide. In dosi variabili da 0.5-1 gr. pro die, con somministrazione ciclica, sino alla dose complessivva di 8-15 gr., questi preparati si son dimostrati assai attivi in casi di sifilide sia in forme gravi setticemiche che in lesioni tardive ossee e viscerali. Avuto riguardo alla tolleranza individuale primitiva e secondaria, l'O. non ha mai rilevato disturbi di sorta, tranne in 2-3 casi passeggeri disturbi gastrici. Questa terapia si può praticare anche nei casi ove è controindicato l'uso degli arsenobenzoli per via intravenosa e intramuscolare ed infine ha grande valore per la diagnosi data la prontezza della reazione di Herxheimer che con essa si provoca.

Sul ricambio azotato nello stato puerperale.

Dott. REVOLTELLA. — Dalle ricerche dell'O. effettuate in gravide sane, risulta che quelle variazioni della norma, che pur vengono constatate nel ricambio dell'azoto non debbano esser poste in rapporto con l'eventuale intervento di un fattore patologico, ma dipendono da una modificata funzione, alla quale sono chiamate le proteine in tale periodo, in rapporto alla presenza ed al rapido sviluppo dell'uovo.

Il tempo di emorragia in rapporto alla splenectomia.

Dott. RONZINI. — Poichè è risaputo che nel morbo di Worlhof il tempo di emorragia, che è aumentato, ritorna, o per lo meno si avvicina molto alla norma dopo la splenectomia, l'O. ha praticato una serie di ricerche sperimentali per stabilire se l'asportazione della milza influenzi il tempo di emorragia anche in animali normali. Le conclusioni alle quali egli è venuto stabiliscono che il fenomeno emorragico non subisce alcuna modificazione dopo la splenectomia.

Ciò risulta, oltre che dalle sue ricerche sperimentali sui cani, anche dall'osservazione clinica di un giovanetto sano, operato di splenectomia per rottura traumatica della milza, nel quale il tempo di emorragia alcuni mesi dopo l'intervento fu trovato perfettamente normale.

Calcoli voluminosi dell'uretra prostatica.

Prof. CAGNETTA. — Presenta un caso di due grossi calcoli dell'uretra prostatica asportati per via soprapubica in un giovanetto. Nota la rarità di questa affezione.

Sulla pericolite membranosa.

Dott. V. BONOMO. — Riferisce su di un caso di tipiche membrane di Jakson in giovanetto tredicenne, nel quale l'ileo-trasverso-stomia latero-laterale senza esclusione ha dato risultato perfetto per la regolarizzazione dell'alvo e la cessazione dei dolori.

Dott. L. QUARANTA.

Società Eustachiana di Camerino.

Seduta ordinaria del 4 dicembre 1925.

Presidenza: Prof. G. GALLERANI, *presidente.*

Prof. PIETRO SACCARDI. — *Su di una reazione cromatica della pelle relativa alla genesi delle melanine.*

Su di una reazione sensibilissima del solfuro di carbonio.

Prof. PIETRO SACCARDI. — Avendo l'O. altra volta osservato che il cerotto Diachilon in soluzione benzolica alcalina reagisce ottimamente con solfuro di carbonio a caldo, ha cercato di disciplinare la reazione suddetta in cui formasi solfuro di piombo per applicarla nella ricerca del solfuro di carbonio in chimica analitica e nei vari rami della chimica applicata quali la tossicologica e bromatologica. Dimostra che è sufficiente far pervenire in un tubo da saggio, contenente soluzione alcalina di piombito sodico o potassico, tracce di vapori di solfuro di carbonio e successivamente scaldare per ottenere un imbrunimento di solfuro di Pb. Tale reazione è enormemente più sensibile di quella dello xantato di rame e dello xantato di molibdeno.

Ricerche farmacologiche sopra l'estratto fluido di digitale.

Prof. ALFREDO CHISTONI. — L'O. premessa la difficoltà che si incontra in pratica per la conservazione dell'attività farmacodinamica dei preparati galenici di digitale in genere, causata dalla idrolisi che col tempo vengono a subire i glucosidi, riferisce i risultati delle sue osservazioni fatte sopra campioni di estratto fluido di digitale, osservazioni sistematiche protratte per un periodo di tre anni. Da esse risulta che l'attività farmacodinamica di questo preparato galenico, non viene per nulla menomata dal tempo, non trovando i glucosidi quelle cause di decomposizione che invece subiscono in altri preparati. Afferma che la terapia digitalica se ne avvantaggerebbe assai con l'uso dell'estratto fluido.

Un caso di asma bronchiale in gravidanza gemellare.

Prof. CARLO FERRARESI. — L'O. allo scopo di portare un contributo a questa rara casistica descrive il caso clinico da lui osservato corredandolo di importanti osservazioni riguardanti la patogenesi.

A. CHISTONI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 5 agosto 1925.

Presidenza: prof. PIERI, presidente.

Dott. A. PAGANI-CESA. — *Sugli stati spasmofilici nell'infanzia.* — Conferenza non adatta ad essere riassunta in un resoconto.

L'avvelenamento da vipera.

Dott. O. BERTOLOTTI. — Dopo aver discusso il meccanismo dell'intossicazione da morso di vipera e esposta la sintomatologia da questo prodotta, riferisce due casi osservati e terminati con la guarigione.

Un uomo di 30 anni fu morso all'indice della mano destra e gli fu subito applicato un laccio al polso.

L'O. vide il paziente circa mezz'ora dopo; sbrigliò la piccola ferita e la causticò profondamente col termocauterio. Quindi praticò sul dorso della mano e sull'avambraccio iniezioni ipodermiche e endomuscolari di permanganato di potassa (complessivamente 15 cc. di soluzione all'1 %), e prescrisse, oltre una pozione eccitante, impacchi di permanganato sulla ferita e sull'arto. Nei giorni seguenti si osservarono, oltre al forte gonfiore locale, frequenza del polso e sete intensa. Guarì in 10 giorni.

Il secondo caso concerne un ragazzo di 14 anni, morso al piede. Fu veduto due ore dopo: l'arto fino al terzo medio della gamba era gonfio, rosso, lucido, con dolori irradiantisi dalla ferita; esistevano anche imponenti fenomeni generali (pallore, ambascia, tachicardia, sudori freddi...).

Fu sbrigliata la ferita, e nella zona infiltrata si praticarono iniezioni di permanganato (in tutto 15 cc. della soluzione 1 %); inoltre iniezioni eccitanti (caffeina e stricnina) e impacchi di permanganato sull'arto. Furono praticate altre iniezioni di permanganato, ipodermoclisi, iniezioni eccitanti. Seguì lento miglioramento e nel termine di 15 giorni si ebbe la guarigione.

Dott. SPAGNUOLO. — Ricorda come nel Brasile, dove il morso dei serpenti velenosi è un vero flagello sociale, egli ha potuto constatare come si sia

organizzata, nell'Istituto di Butantan, la produzione di sieri antiofidici, iniettando a dosi crescenti in cavalli e montoni il veleno raccolto da serpenti allevati e custoditi nell'Istituto. Questo produce tre sieri in rapporto alle tre specie di serpenti più comuni (anticrotalico, antibotropico e anticlapino) e un siero mistò pei morsi da specie non accertata.

Si augura che in Italia possa addivenirsi alla fabbricazione di siero antiviperide.

Cura chirurgica della polisarcia.

Prof. G. PIERI. — Una donna sessantenne negli ultimi anni aveva visto rapidamente aumentare il suo peso e svilupparsi il tessuto adiposo quasi esclusivamente al tronco (petto, glutei, addome): essa realizzava dunque il cosidetto tipo Rubens. Era sopratutto infastidita dalle proporzioni prese dall'addome, che era divenuto pendulo, e col suo peso tendeva a spostare all'innanzi il centro di gravità.

Fu operata il 29 aprile asportando dall'addome un segmento ellittico di cute e del sottostante tessuto adiposo, a grande asse orizzontale, lungo 56 centimetri, largo 20, spesso 4 o 5 dita, e comprendente l'ombelico.

Poichè la parete addominale muscolare così scoperta si dimostrava anche essa esuberante e flaccida, fu praticata una plastica sollevandola in numerose pliche trasversali parallele attraversate con fili di sutura (seta) a direzione verticale, cosicchè la distanza fra l'ombelico e il pube, che era di 25 cm. fu ridotta all'altezza di circa 10 cm. Si realizzò così una sorta di panciera chirurgica.

Da questa operazione la donna, presentata alla assemblea, dichiara di aver ottenuto un notevole senso di sollievo e di benessere.

Sulla peritonite pneumococcica.

Dott. LINO AGNOLI. — L'O. presenta una bambina di 3 anni, la quale si era ammalata improvvisamente il 1° maggio con febbre alta e vomito; la febbre si mantenne alta per alcuni giorni, poi decrebbe lentamente persistendo per alcune settimane. L'addome frattanto si tumefece lentamente e divenne dolente, con evidente presenza di liquido libero.

Il 2 giugno si perforò l'ombelico dando esito ad abbondante pus verdastro fluido in cui l'esame microscopico dimostrò esclusivamente i tipici diplococchi capsulati Gram resistenti. Attraverso la perforazione si collocò un sottile drenaggio, ma siccome la bambina irrequieta si strappava spesso la medicazione e il drenaggio, il 4 giugno si praticò una piccola incisione soprapubica, attraverso la quale si drenò la pelvi con due tubi, mantenuti per sei giorni, dopo di che la ferita si medicò a piatto con impacchi.

La bambina uscì guarita il 26 giugno.

Il Segretario: G. LOCATELLI.

Società di Medicina Legale di Roma.

Seduta del 30 novembre 1925.

Presidenza: on. dott. DORE, presidente.

Soci presenti: gen. Ferrero di Cavallerleone; proff. Ottolenghi, Ascarelli, Diez, Di Tullio, avv. Toscano; dottori Massari, Boldrini, Jannoni.

OTTOLENGHI commemora il defunto vice presidente comm. dott. Aschieri.

ASCARELLI commemora il defunto socio dott. Impallomeni.

Il presidente si associa in nome di tutta la Società.

OTTOLENGHI. — *Contributo alla micrologia cadaverica.* — A proposito di due casi riportati in una pubblicazione del prof. Bianchini di cadaveri i quali dopo un periodo di tempo dalla morte di circa 14 giorni l'uno, di 30 giorni l'altro, si presentavano ricoperti specie nella faccia da stratificazioni di muffe, nel primo dei casi identificati in cultura per aspergillus glaucus; l'O. riferisce il caso del cadavere da lui studiato parecchi anni fa di un individuo ucciso per avvelenamento da cianuro di potassio rimasto da 20 giorni in un baule, d'inverno, sulla cui faccia fu rinvenuta un'ampia muffa bianca simile a quella riscontrata nei due cadaveri precedenti. Affaccia la possibilità di poter utilizzare tale reperto per l'accertamento del tempo minimo trascorso dalla morte.

MASSARI. — Crede estremamente difficile potere utilizzare il reperto di muffe per l'accertamento anche del tempo minimo trascorso dalla morte, a causa dell'estrema variabilità del loro sviluppo secondo l'ambiente (temperatura, umidità ecc.).

OTTOLENGHI. — *Criteri direttivi per l'identificazione dactiloscopica.* — A proposito delle constatazioni fatte recentemente da autori Inglesi e Belgi di impronte digitali diverse con molti dei cosidetti punti caratteristici nel centro della figura uguali, l'O. dimostra che tali reperti non possono menomamente attenuare il valore probativo come di prova dell'accertamento dell'identità personale dato dalla dactiloscopia.

Prende questa occasione per esporre criteri direttivi di identificazione dactiloscopica che sono gli stessi dell'identificazione di fotografia, di manoscritti, di persone.

Conclude che il giudizio di identità non deve mai essere basato solo sulla constatazione di un dato numero di caratteri di somiglianza che è teorico credere di potere fissare, ma essenzialmente sull'assenza dei caratteri di dissomiglianza dei quali basta constatarne uno solo per poter escludere l'identità; se si procede sistematicamente a quello che egli chiama il ritratto parlato dell'impronta, col quale si rilevano i connotati e i contrassegni personali, è impossibile errare nell'accertamento dell'identità; si potrà per circostanze sfavorevoli non riconoscere l'identità di due impronte, mai l'opposto che avrebbe ben maggiore conseguenza.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'importanza diagnostica del "Sintoma endoteliale".

R. Stephan (*Münch. Med. Woch.*, n. 52, dicembre 1925) rivendica a sè il merito di aver posto in luce il valore clinico della ricerca del cosidetto «sintoma endoteliale» (E. S.), rilevato per la prima volta da Rumpel e Leede nella scarlattina. Tale sintoma è l'esponente di una aumentata permeabilità dei capillari.

L'E. S. è dimostrabile in qualsiasi individuo e in qualsiasi età, e si presenta d'intensità variabile. Su tale variabilità è precisamente fondata la sua importanza diagnostica.

Le difficoltà del metodo di ricerca sono però rappresentate dai limiti da assegnare al normale e al patologico. In tutti è infatti possibile, come si è detto, provocare l'apparizione di punti emorragici sulla cute, in seguito ad applicazione di una legatura sul braccio.

Praticamente si è dimostrato non corrispondente allo scopo il fissare il grado di pressione da raggiungere, e la durata della stasi. Bisogna perciò, per ora, accontentarsi di un compromesso iniziale, per il quale si procederà nella maniera seguente: Applicazione di una larga benda elastica a circa tre dita al disopra della piega del gomito, stringendo in modo da conservare la pulsazione della radiale, e fino a che sia percepito un senso di pesantezza dell'avambraccio; dopo 5 minuti lettura della qualità, intensità e configurazione dell'emorragia cutanea.

Allorquando, per ragioni patologiche, la permeabilità dei capillari è aumentata, si produce un passaggio di elementi sanguigni, specialmente di eritrociti, attraverso gli spazi endoteliali nel sottocutaneo, mentre l'endotelio normale risente poco o nulla dell'azione traumatizzante della stasi.

Si parlerà quindi di E. S. positivo o negativo a seconda della comparsa o no dell'emorragia cutanea. Ma mentre un E. S. positivo si può considerare patognomonico, un E. S. negativo non deporrà senza meno per una integrità dell'apparato capillare, perchè in date condizioni, quali, ad esempio, un turgore dei tessuti o un tono dei capillari piuttosto alto, l'emorragia non si manifesta. Perchè il giudizio sia esatto, non converrà disgiungere la ricerca da quelle altre indicate per l'esame funzionale del sistema endoteliale (tempo di emorragia, conta delle piastrine, coagulazione, ecc.).

Dal punto di vista clinico si può dire che l'E. S. positivo è dimostrabile nelle seguenti condizioni morbose:

1) lesioni dirette delle cellule endoteliali, quali si verificano nelle avitaminosi, e nelle intossicazioni batteriche e chimiche;

2) alterazioni indirette della funzione endoteliale nel decorso di alcune malattie della secrezione interna e del ricambio, come nel Basedow, nelle disfunzioni ovariche, ed anche nei periodi premestruali;

3) alcune malattie del sistema nervoso centrale e periferico.

Data l'empiricità con la quale si esegue la ricerca, non si dovrà per ora accordar valore ad eventuali differenze di resultato che si constatassero provocando la stasi contemporaneamente in più punti della superficie cutanea.

Esiste, infine, un metodo sierologico relativamente semplice, che permette di differenziare le alterazioni delle funzioni delle cellule endoteliali, da quelle del tono capillare e dell'influsso regolatore nervoso. Tale metodo è fondato sul fatto che la coagulazione del sangue del malato, misto a siero normale inattivato, avviene in maniera del tutto caratteristica, a causa probabilmente del deficit del fattore termostabile della coagulazione, cioè della trombochinasi. La reazione è strettamente specifica e limitata alle affezioni degli endoteli capillari periferici, ed in unione con la ricerca dell'E. S. e delle altre prove parziali già mentovate, rappresenta un complesso semiologico di valore decisivo nello studio delle diatesi emorragiche.

L'A. si ripromette di trattarne a fondo in un prossimo suo lavoro, mettendo in rilievo l'importanza che tutto questo ha nella diagnosi differenziale di svariati stati morbosi.

M. FABERI.

CASISTICA E TERAPIA.

La diagnosi delle anemie spleniche.

La classificazione clinica delle anemie spleniche, di quelle sindromi cioè caratterizzate da: 1) una splenomegalia cronica senza ipertrofie ganglionari associate; 2) un'anemia intensa che interessa ora le emazie ora l'emoglobina, più spesso le une e l'altra; 3) l'assenza di leucemia e di trasformazione ulteriore in leucemia; è delicata, trattandosi di fatti etiologicamente disparati

Ch. Aubertin (*Presse médicale*, n. 49, 20 giugno 1925) propone una classificazione ematologica delle anemie splenicle. È comune ad un gran numero di queste anemie con splenomegalia la leucopenia con ipopolinucleosi, mentre in altri casi vi è leucocitosi con presenza in circolo di un certo numero di elementi mieloidi, sopratutto globuli rossi nucleati; in altri casi, più rari, il sangue presenta semplicemente una polinucleosi banale, ed in altri ancora la formula leucocitaria è assolutamente normale.

Guidati dall'ematologia è dunque possibile tentare una classificazione pratica delle anemie spleniche. In un I gruppo l'A. mette le *anemie spleniche con mielemia rossa*, nelle quali il fatto dominante è la presenza in circolo di globuli rossi nucleati (normoblasti e megaloblasti) in quantità considerevole; si trova inoltre una leucocitosi modica o notevole, con mielociti e cellule del Türk. Anatomicamente si trova iperplasia mieloide della milza di tipo speciale, con enorme accumulo di globuli rossi nucleati (iperplasia rossa). Nel I gruppo trovano posto l'anemia pseudoleucemica dei neonati e l'anemia splenica mieloide dell'adulto.

Il II gruppo comprende le *anemie spleniche con leucopenia ed ipopolinucleosi* ed è il gruppo numericamente più importante, ematologicamente caratterizzato da assenza in circolo di cellule anormali, mentre si trovano tutti i gradi di passaggio dalla forte linfocitosi relativa alla formula pressochè normale. Appartengono a tale gruppo il morbo di Banti, l'anemia splenica da malaria, il Kala-azar e l'anemia splenica emolitica (che corrisponde anatomicamente alla milza con lesione da iperemolisi con o senza sclerosi della polpa). In questo gruppo dovranno trovar posto molte splenomegalie ancora mal conosciute e certe cirrosi della milza di origine emolitica.

Le affezioni del III gruppo, *anemie spleniche con polinucleosi*, sono di diagnosi più difficile, poichè la loro formula ematica è banale e non presenta nulla che metta sulla via della diagnosi di una lesione splenica. In questi casi la polinucleosi è in rapporto con una splenomegalia infettiva cronica sifilitica o tubercolare.

Un ultimo gruppo, quello delle *anemie spleniche con formula leucocitaria normale* comprende alcune cirrosi della milza e la malattia di Gaucher.

Una classificazione siffatta, oltre che fornire un orientamento per la diagnosi clinica, permette la diagnosi anatomica della lesione splenica. In effetti, alla leucocitosi con mielemia rossa deve logicamente corrispondere una trasformazione mieloide della milza; alla leucopenia con ipopolinucleosi una iperplasia della polpa splenica con macrofagia esagerata; alla formula normale una lesione che non tocca gli apparecchi ematopoietici ed emolitici della milza.

La classificazione proposta ha ancora un grande interesse pratico dal punto di vista delle indicazioni della splenectomia. Nel I gruppo la splenectomia è controindicata per le stesse ragioni che giustificano tale controindicazione nella leucemia mieloide; nel II gruppo invece la splenectomia, sempre possibile, è spesso curativa.

TOSCANO.

Anemia perniciosa gravidica.

È una entità morbosa ben definita, che ha la particolarità essenziale di prodursi durante la gravidanza, e di essere suscettibile di guarigione in poche settimane, dopo la semplice espulsione del feto. Compare generalmente in pluripare che hanno allattato a lungo e ripetutamente, ma anche in primipare giovani e senza tare: vi è una incognita nella etiologia dell'anemia gravidica, ed è forse possibile che la causa sia in una emolisi provocata da una sostanza di origine placentare.

L'inizio della malattia, come ricorda Ch. Aubertin (*Le Bulletin médical*, n. 10, 1925) è così insidioso che i sintomi sono avvertiti nel corso del 5º e 7º mese: debolezza, dispnea, edemi, albuminuria, non in rapporto a lesioni nefritiche. L'esame clinico mostra i segni abituali delle grandi anemie, un fegato normale, e spesso una milza aumentata di volume. Spesso esiste una febbre serotina. Le emorragie sono assai rare: tuttavia l'esame oftalmoscopico dimostra frequentemente emorragie retiniche latenti. I caratteri ematologici sono quelli della anemia plastica: cifra globulare da un milione e mezzo a meno di un milione; valore globulare elevato; alterazioni globulari notevoli; normoblasti e megaloblasti numerosi; cifra leucocitaria elevata più che nelle altre anemie perniciose, con formula a tipo polinucleosi con scarsi mielociti; coagulazione normale; emocolture negative.

Nella evoluzione spontanea non è stata mai osservata la guarigione di una anemia perniciosa prima dell'espulsione del feto. Il parto avviene generalmente prematuro al 7º-8º mese. Talvolta la madre, estenuata, muore durante il travaglio, o dopo 3 o 4 giorni, o dopo alcune settimane, mentre il figlio può sopravvivere. In casi rari la guarigione definitiva avviene, con aumento assai rapido dei globuli rossi.

Il parto provocato determina le stesse eventualità: ci si può domandare se, nei casi seguiti da morte, il parto non sia stato provocato troppo

tardivamente. La prognosi è dunque di una estrema gravità poichè la mortalità è del 90 %.

Per il trattamento bisogna ammettere che i differenti medicamenti (opoterapia midollare, siero emopoietico, trasfusione, arsenicali e lo stesso arsenobenzolo in luetiche) non potranno agire se non dopo l'espulsione del feto. Bisogna provocare il parto? Molti ostetrici, considerando che la guarigione può avvenire in seguito a parto spontaneo, consigliano di attendere. Ma poichè spesso la donna soccombe poco dopo il parto come esaurita, è lecito pensare che un parto provocato a tempo opportuno potrebbe salvare la malata.

PICCINELLI.

L'arsenico nelle anemie.

L'arsenico nelle anemie gravi conserva la sua alta reputazione, sebbene il ferro, a dosi elevate, sia pure da tenere in considerazione. S. R. (*Journal de praticiens*, 19 sett. 1925) consiglia a tale proposito il ferro ridotto alle dosi di cg. 30-50 al giorno (dosi singole di cg. 10) associato a piccole quantità di creta preparata (cg. 30).

Gli arsenicali più efficaci sono l'acido arsenioso e l'arsenito di potassio. Il primo si usa sotto forma di Liquore di Boudin che contiene un mg. di acido arsenioso per ogni 20 gocce; queste rappresentano una dose iniziale; si può arrivare fino a cento. L'acido arsenioso si trova pure nei granuli di Dioscoride (che ne contengono un mg. ognuno) e nelle pillole asiatiche (che ne contengono cinque mg.). Nelle anemie gravi si danno 5 mg. di acido arsenioso continuando per 15 giorni.

L'arsenito di potassio è usato in forma di Liquore di Fowler, di cui 23 gocce contengono un cg. Si arriva fino a 20-30 gocce al giorno. Esso può anche somministrarsi per via rettale (3 g. in 97 cmc. di acqua distillata; un cucchiaino corrisponde a tre gocce), oppure per via ipodermica sostituendo l'alcoolato di melissa con l'acqua di lauroceraso, oppure secondo la formola seguente:

Arsenito di potassio, cg. *venti;*
Cloruro di sodio, cg. 27;
Acqua distillata, cmc. 20.
Per iniezioni quotidiane, di 1/4-1/2-1 cmc.

Poco bene riescono invece gli arsenicali meno tossici. Così, l'arseniato di sodio (Liquore di Pearson, 30-40 gocce al giorno; 12 gocce contengono un mg.), il cacodilato di sodio (5-20 cg. al giorno), il metilarsinato di sodio, o arrhénal (5 cg. ed oltre) favoriscono la nutrizione, ma combattono male le anemie gravi.

L'atoxil e gli arsenobenzoli sono sostanze tossiche più delicate da maneggiarsi, che hanno anche provocato delle morti. Nell'anemia perniciosa, Leede ha avuto 4 morti poco dopo l'iniezione su 5 malati; Boggs segnala 4 miglioramenti e 2 morti rapide. Inoltre si accusa il rimedio di produrre l'anemia perniciosa nei sifilitici. Esso può forse usarsi quando gli altri medicamenti hanno fallito, purchè ci si attenga alle dosi deboli e non si usi la via endovenosa. Per via endomuscolare o sottocutanea si daranno 10-20 cg. ogni quattro giorni, non prolungando il trattamento oltre le 4-5 settimane.

fil.

I fenomeni reattivi provocati dalla trasfusione di sangue.

Sulla base di accurate osservazioni in numerosi casi di trasfusioni sanguigne R. A. Kordenat e F. Smithies (*Journ. A. M. A.*, ottobre 1925) giungono alle seguenti conclusioni:

Se nella trasfusione sanguigna si adopera il sangue « in toto » e se si sceglie accuratamente il donatore, i fenomeni reattivi secondari sono piuttosto rari, ammontando appena al 4 %.

Gli effetti dannosi possono inoltre essere ridotti al minimo non solo se il donatore è scelto nei riguardi del gruppo sanguigno che rappresenta, ma anche se si stabilisce preventivamente con ripetuti saggi il contenuto di agglutinine del sangue del donatore e del ricevitore.

I fatti morbosi secondari alla trasfusione possono essere di tre tipi: immediati o emolitici, lenti (in apparenza non emolitici ma proteolitici), e costituzionali o non emolitici.

I fenomeni subiettivi e obiettivi dell'emolisi possono venir spiegati con gli effetti del sangue lisizzato sulla circolazione capillare periferica. Il meccanismo di tale reazione capillare è simile ai fenomeni vascolari osservati nella malattia di Raynaud, nella porpora, ecc., sebbene di intensità maggiore.

I fenomeni reattivi non fulminanti o lenti sono dovuti ad azione anafilattica di natura proteica, e non necessariamente di natura specifica.

M. FABERI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'etiologia della parotite epidemica.

Per molto tempo si è creduto che la parotite epidemica fosse dovuta a un virus filtrabile presente nella saliva dei pazienti.

Sono stati poi descritti quali agenti specifici della malattia dei micrococchi, ed Herb riuscì a

riprodurla inoculando negli animali uno speciale diplococco Gram-positivo.

Recentemente Kermogant dell'Istituto Pasteur (rif. in *The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 5 settembre 1925) ha trovato nella saliva dei parotitici una spirocheta a spirali regolarissime, che è riuscito a coltivare anaerobicamente in un terreno contenente siero di coniglio ed emazie di cavallo.

Questa spirocheta somiglia molto alla spirocheta pallida e alla spirocheta cuniculi, ma se ne differenzia sostanzialmente per il suo comportamento sierologico. La riproduzione avviene per sezione trasversale, con formazione di spirochete tipiche e di forme brevi e grossolane, le quali sono filtrabili e possono riprodurre la spirocheta nella cultura. Affinchè ciò però possa avvenire, è necessario che nella cultura sia presente un germe simbiota, contenuto anch'esso nello sputo del malato, e rappresentato da un bacillo mobile, Gram-negativo.

L'iniezione di tali culture miste riproduce negli animali di esperimento la parotite e l'orchite tipiche, dopo un'incubazione di 2-4 giorni.

Il siero del convalescente agglutina questa spirocheta ad alta diluizione dopo la 3ª settimana di malattia, e il potere agglutinante si mostra sempre più forte nei mesi successivi.

Si sono inoltre trovate nel siero del malato anche delle lisine specifiche.

Tentativi di vaccinazione con culture viventi attenuate hanno dato resultati incoraggianti ed è allo studio la ricerca di un siero curativo efficace.

M. FABERI.

Batteriofago e febbre tifoide.

Nel corso di una epidemia di tifo sviluppatasi a Parigi nella primavera e nella estate del 1924 Hauduroy (*Journ. de Phisiol. et de Pathol, générale*, t. XXII, n. 4) ha voluto controllare le affermazioni del d'Herelle circa la presenza del batteriofago nelle feci dei tifosi, e le ha confermate. Infatti le sue osservazioni dimostrano che quando una febbre tifoide diminuisce di gravità, quando la convalescenza comincia a stabilirsi, e durante la convalescenza si ritrova costantemente *nelle feci* il batteriofago di d'Herelle, lisizzante il microbo patogeno, e vi si ritrova nuovamente nelle minaccie di ricaduta. Non si trova il batteriofago che assai eccezionalmente nelle feci di individui sani.

Si trova inoltre un batteriofago capace di lisizzare in maniera specifica il bacillo di Eberth *nel sangue* di individui colpiti da febbre tifoide: le emocolture fatte qualche giorno prima della defervescenza o durante questa defervescenza ne contengono sempre. Non si trova mai il batteriofago per il bacillo di Eberth nel sangue di individui sani, nè in quello di individui colpiti da malattia diversa dal tifo.

In tutti i casi lo stato del malato sembra segnalare fedelmente le peripezie della lotta combattuta nell'organismo tra il batteriofago e il bacillo invasore.

A. PICCINELLI.

Su un'azione utile del Bacterium coli nell'intestino.

Nella scomposizione delle sostanze proteiche per opera dei fermenti si forma oltre agli acidi aminici anche ammoniaca. L'ammoniaca è tossica, è necessario perciò che sia evitato il suo accumularsi nell'intestino. Mentre l'ammoniaca assorbita viene rapidamente disintossicata nel fegato per trasformazione in urea, O. Loew (*Munchn. med. Woschr.*, n. 44, 1925) pensa che anche nello stesso intestino l'ammoniaca venga disintossicata perchè usata dal bacterium coli per la formazione di albumina. Il glucosio a ciò necessario deriverebbe dai resti di amido ancora indigerito, lo zolfo dai solfati degli alimenti.

POLL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 7587:

Non esiste in Italia una scuola che dia diplomi di meccanico-dentista. Per apprendere la protesi dentaria potrà chiedere informazioni al Laboratorio di Odontotecnica Libé, Corso Garibaldi, 71, Milano. Per altre notizie relative a Laboratori di protesi, potrà rivolgersi a: 31-692, presso l'Amministrazione del periodico *La Stomatologia*, 108-A, piazza S. Bernardo, Roma (5). PIPERNO.

Al dott. L. Mormino, da Termini Imerese:

Nei grandi trattati di medicina, l'argomento degli avvelenamenti è svolto con sufficiente ampiezza; così nel Mohr e Stahelin esso occupa una parte del sesto volume. Nozioni più ristrette su tale argomento potrà trovare nei comuni manuali di soccorsi d'urgenza.

La « Tossicologia » di Kobert (Soc. ed. libraria, ora F. Vallardi) dà uno scarso sviluppo alla parte pratica.

Un recente manuale è stato pubblicato dal prof. G. CORONEDI: *Diagnosi e terapia clinica degli avvelenamenti*. Barbèra, Firenze. Prezzo L. 30.

A. A.

VARIA.

L'aumento del cancro primitivo del polmone dal 1920 al 1924.

A Jéna dal 1920 al 1924 la proporzione del cancro primitivo del polmone in rapporto agli altri cancri ha raggiunto l'8,3 % mentre negli anni precedenti oscillava tra il 4 e il 6 %. A Leipzig si ha 1,55 % nel 1924, mentre nel 1920 si aveva 0,53 %. Le statistiche di Kristiania, di Riga, di Kiel, di Saxe (negli operai delle miniere di nichel e cobalto) confermano questi fatti. Berblinger (*Klinische Wochenschrift*, n. 19, maggio 1925) incolpa di ciò l'epidemia di influenza del 1918 che avrebbe lasciato un gran numero di casi di bronchiectasie, sulle quali si sarebbero sviluppati con maggior facilità gli epiteliomi bronchiali. Viceversa le lesioni prodotte dai gas usati a scopo bellico avrebbero avuto una influenza minima o nulla.

L. TONELLI.

L'ospedalizzazione degli stranieri.

La stampa parigina ha sollevato la questione degli stranieri curati negli ospedali della metropoli. Il direttore generale dell'assistenza pubblica, Mourier, ha rilevato che essi rappresentano una proporzione del 7-8 % sul totale dei ricoverati con un costo di 8-10 milioni di fr. all'anno, e che a volte il parigino si trova privo del letto di ospedale, a causa della degenza di stranieri.

Il problema è stato discusso ampiamente anche in seno all'Accademia di Medicina di Parigi nella seduta del 18 gennaio 1926.

È da rilevare che una proporzione non molto inferiore di stranieri è registrata negli ospedali di Roma: 5,66 % nel 1923; 6,70 nel 1924; 6,10 nel 1925. Oltre a ciò, bisogna tener conto dei nati da genitori italiani, la cui proporzione è stata rispettivamente, negli ospedali di Roma, di 6,40, 3,69 e 5,52.

L'Istituto Ortopedico Rizzoli.

In un numero speciale del *Journal Méd. Français* (14 novembre 1925) G. Moutier informa di aver visitato gl'istituti specializzati di Vienna, Bologna e Milano (proff. Spitzy, Putti e Galeazzi); si ferma a descrivere a lungo l'Istituto Rizzoli di Bologna, prendendolo e proponendolo a modello.

Medici senatori e deputati.

Il Medico Italiano del 30 novembre 1925 reca l'elenco dei medici appartenenti alle due Camere del Parlamento nostro. Da esso risulta che i deputati medici sono 17 e i senatori 20.

Eccone i nomi. *Deputati*: Anile prof. Antonino, Bianchi prof. Vincenzo, Bresina Edoardo, Cucco prof. Alfredo, Faranda Giuseppe, Gabbi prof. Umberto, Gallani Dante, Guaccero Alessandro, Maffi prof. Fabrizio, Mentella Riccardo, Morelli prof. Eugenio, Paoletti Verecondo, Paolucci prof. Raffaele, Perna prof. Amedeo, Pezzullo Angelo, Salvi prof. Giunio, Torre Edoardo. *Senatori* (sono tutti professori: Albertoni Pietro (Bologna), Badaloni Nicola (Roma), Bianchi Leonardo (Napoli), Bianchi Luigi (Pisa), Cardarelli Antonio (Napoli), Carle Antonio (Torino), Cirincione Giuseppe (Roma), Golgi Camillo (Pavia, defunto nel frattempo), Lustig Alessandro (Firenze), Mangiagalli Luigi (Milano), Maragliano Edoardo (Genova), Marchiafava Ettore (Roma), Pascale Giovanni (Napoli), Pescarolo Bellom (Torino), Pestalozza Ernesto (Roma), Queirolo Gio. Batt. (Pisa), Rampoldi Roberto (Pavia), Rossi Baldo (Milano), Sanarelli Giuseppe (Roma), Simonetta Luigi (Milano-Perugia).

Dei senatori dunque 5 risiedono a Roma, 3 a Napoli e Milano, 2 a Pavia, Pisa e Torino, 1 a Bologna, Firenze e Genova.

La cultura media in Italia.

Nel 1922-23, prima della riforma Gentile, si contavano 273,625 allievi delle scuole medie. Nel 1923-24, primo della riforma, si è avuta la riduzione di circa 73,000 allievi. Nel 1924-25 le statistiche darebbero una popolazione scolastica di 172,420, con una diminuzione di 101,205 in due soli anni scolastici, ossia oltre i due quinti.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Municipio*. — Capo del Laboratorio batteriologico; vedi fasc. 7. Scad. 10 marzo.

BARBONA (*Padova*). — Al 31 mar.; vedi fasc. 7.

BENGASI. *Municipio*. — Ufficiale sanitario. Scad. 20 apr. L. 24,000 oltre 1 c.-v. Richiedesi servizio analogo prestato presso Comuni di oltre 15,000 abit. e prova specializzaz. discipline igieniche e batteriologiche. Età mass. 40 a. Idoneità servizio di Colonia. Serv. entro 30 gg. Divieto di libero eserc. profess. Assicuraz. vita. Licenza con viaggio grat. in 1ª classe. Rivolgersi Ufficio di Segr.

BORGHETTO VARA (*Spezia*). — Scad. 25 febbraio; vedi fasc. 7.

CATTOLICA (*Forlì*). — A tutto 1 mar.; v. fasc. 7.

CINGOLI (*Macerata*). — Scad. 28 feb.; v. fasc. 7.

CONA (*Venezia*). — Due rep.; pov. 1000 c. ciascuno; L. 9000 e 5 quadr. dec.; c.-v.; L. 3000 cavalc.; L. 700 all'uff. san. Scad. 28 feb.

FABRIANO (*Ancona*). — Scad. 28 feb.; per Collamato; L. 9000 e doppio c.-v.; abitaz. gratuita; quadrienni dec.; L. 3000 cavalc. Abit. c. 3000 di cui 1000 pov. Tassa L. 50.

FILATTIERA (*Massa Carr.*). — Due cond.; proroga 28 feb.; vedi fasc. 7.

FRASCATI (*Roma*). — Al 28 feb., ore 12. Condotta medica. Abit. 12,000 (in 3 condotte di cui una chirur.). Turno nelle due cond. mediche. L. 9000 e c.-v. Addizion. L. 4 oltre 3000 pov.; L. 5 oltre 6000. Docum. poster. al 1° sett. Km. 18 da Roma.

GENOVA. *Municipio*. — Medico titolare dei dispensari antivenerei. Scad. ore 16 del 27 feb. Vedi fasc. 6.

GRIGNANO POLESINE (*Rovigo*). — Scad. 28 feb.; L. 8500 oltre L. 1000 trasp., L. 500 uff. san., c.-v.

MAGLIANO IN TOSCANA (*Grosseto*). — Scad. a 3 mesi dal 4 gen.; L. 9700 e in più L. 600 se scapolo, L. 1200 se ammogliato.

MAREBBE (*Trento*). — Consor. 7 com.; L. 9500 e 5 quadr. dec., L. 950 uff. san., L. 1.20 a Km. indennità-via, di giorno, il doppio di notte; cavalc. L. 3000; arm. farm. L. 1425; alloggio grat. Scad. 28 feb.

MOLINELLA (*Bologna*). — Scad. 28 feb.; 2ª cond.; L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. cav. e c.-v.

MONTIERI (*Grosseto*). — Scad. 28 feb.; L. 9700 oltre L. 1000 uff. san. Tassa L. 50.

ORVINIO (*Roma*). — Scad. 18 mar.; vedi fasc. 7.

ORZINOVI (*Brescia*). *Ospitale Tribandi*. — Direttore; L. 6000 e alloggio in appartam. di 6 stanze, luce elettr.; 3 sessenni dec.; età lim. 45 a. Docum. alla segreteria. Scad. 28 feb.

PALAIA (*Pisa*). — A tutto il 28 feb., per Forcoli; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; L. 3200 trasp. servizio poveri; c.-v. in L. 1200 se celibe, L. 1650 se ammogl., oltre L. 0.85 indenn. supplem. Età lim. 35 a. Dichiaraz. di fede politica in carta da L. 3 (di non appartenere e non aderire ad associazioni che tendono a sovvertire l'ordinam. politico dello Stato e che svolgono notoriam. azione incompatibile con le generali direttive politiche del Governo; scritta e firmata dal concorrente). Serv. entro il term. che verrà fissato (sulla partecipaz. di nom.).

PARODI LIGURE (*Alessandria*). — Scad. 15 mar.; per 3 fraz.; L. 7000 e 4 quinq. dec.

PEDEROBBA (*Treviso*). — *Opere Pie d'Onigo*. — Al 28 feb. Direttore Ospedale Guglielmo e Teodolinda d'Onigo e condotto della fraz. Pederobba (2ª condotta comunale); L. 10,000, cinque quinquenni dec.; c.-v.; motocicletta L. 1900. Tre anni lodevole servizio pratico, chirurgo, ostetrico in ospedale primario e notoriamente importante.

PIANDIMELETO (*Udine*). — Consor. 3 com.; L. 7000 e 10 bienni ventes.; cavalc. L. 3000. Scad. 31 mar.

PRATO IN VENOSTA (*Trento*). — Consor. 3 com.; L. 8500 e 5 quadr. dec.; L. 1400 indenn. abitaz.; uff. san. L. 850; arm. farm. L. 1275; L. 1.50 a Km. in luogo della indenn. trasp. Scad. 1 mar.

PRIGNANO (*Modena*). — Scad. 2 mar.; 2ª cond.; L. 8000 oltre L. 2500 cav.

QUISTELLO (*Mantova*). — Scad. 25 feb.; per Nuvolato; L. 9500; due c.-v.; 4 quadrienni dec.; indenn. trasp. varia.

RONCOFREDDO (*Forlì*). — Scad. 28 feb.; 2ª cond.; L. 10,000 e 10 bienni vent., oltre L. 4000 se automob. e L. 500 se bicicl.

S. GIORGIO DI NOGARO (*Verona*). — Scad. 28 feb.; 2ª cond.; L. 9000 oltre L. 3000 cav. Tassa L. 50.10.

SENOSECCHIA (*Trieste*). — Consor. Scad. ore 16 del 3 mar. Vedi fasc. 6.

SESANA (*Trieste*). — Consor. Scad. 25 feb. Vedi fasc. 6.

TRECENTA (*Rovigo*). — Scad. 28 feb.; 1° reparto; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 800 (in corso d'approvaz.) serv. attivo; L. 600 se uff. san. Tassa L. 50.10.

TREVIGNANO (*Treviso*). — A 30 gg. dal 31 gen.; vedi fasc. 7.

VIGALO VATTARO (*Trento*). — Consor. 3 com.; L. 8500 e 5 quadr. dec.; uff. san. L. 850; c.-v.; abitaz. grat.; chilometraggio 0.80 e il doppio di notte. Scad. 1 mar.

VOLTERRA (*Pisa*). — A tutto 28 feb.; vedi fasc. 7.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con recente decreto reale è stata concessa l'onorificenza della Stella Coloniale al gr. uff. dott. Romolo Ribolla.

Il Ribolla è uno dei pochissimi medici italiani che, avendo visitato molti paesi tropicali, ha fatto numerose pubblicazioni in materia di patologia esotica, ultima tra queste un trattato in corso di pubblicazione da parte della casa Pozzi.

Al nostro amico le nostre cordiali congratulazioni.

BIOGRAFIE.

MARIO SEGÀLE

(29 settembre 1878-15 ottobre 1925).

Demmo già una fugace notizia su Mario Segàle quando ne annunziammo la perdita; ci sia consentito ora di rievocare i tratti più salienti della sua vita e della sua attività di scienziato e di giornalista.

Si era formato nell'Istituto di anatomia patologica del Foà a Torino, in quello d'igiene del Canalis a Genova, in quello di chimica fisica dell'Ostwald a Lipsia. Fu assistente e poi aiuto di patologia generale a Genova, col Griffini; in quel periodo conseguì la docenza. Quando lasciò l'Istituto di patologia generale, venne accolto in quello di fisiologia del Grandis, dove compì molte delle sue più pregevoli ricerche.

Dal 1915 dirigeva i Laboratori scientifici degli Ospedali Galliera. Nel 1920 venne chiamato a organizzare quelli del nuovo grande Ospedale di Sampierdarena, e ne fece un vero modello; uno speciale impegno egli mise nel preparare il personale assistente.

Durante la guerra fu in zona d'operazione (a Cividale, Caporetto, Abano, Bassano); richiamato nel territorio, organizzò i servizi profilattici nella zona di Nervi e poi nella zona di Genova, ove creò un laboratorio di accertamenti diagnostici.

La sua produzione scientifica è ricca, originale e spesso improntata di genialità.

Con un tecnicismo nuovo e preciso, studiò il ricambio termico in condizioni normali e patologiche. Nell'organismo sano il meccanismo di regolazione termica risultò perfetto; così, durante il lavoro muscolare alla maggiore produzione di calore è correlativa una maggiore dispersione; un aumento anche cospicuo della temperatura ambiente lascia immutata la termogenesi; invece può ridursi l'emissione. Nello stato preagonico si determina una forte emissione di calore. La termografia della flogosi acuta portò a risultati che rivoluzionarono le cognizioni classiche: è risultato che l'aumento locale di temperatura non è dovuto all'iperemia; viceversa, il copioso passaggio di sangue per il focolaio sottrae calore e tende a ristabilire la temperatura normale.

Notevoli studi il Segàle ha compiuto sulle costanti fisico-chimiche del siero di sangue in condizioni varie. Ad esempio, egli ha accertato che, in singoli stati morbosi, la concentrazione osmotica e la reazione del siero, dopo essersi modificate, tendono a mantenere il nuovo equilibrio, comportandosi così allo stesso modo della temperatura.

Dobbiamo a lui la nozione, stabilita per questa via, che lo *shock* anafilattico è riconducibile a un processo di autodigestione e disintegrazione proteinica *in vivo*: non sussiste, dunque, una semplice analogia clinica con l'intossicazione da peptoni, ma anche un'identità patologica. Dalla scissione esplosiva delle molecole proteiniche egli ha fatto dipendere la sindrome nervosa, contrariamente alla concezione di Besredka, generalmente ammessa, che vedeva la causa prima dello *shock* anafilattico nelle alterazioni delle cellule nervose.

In una serie di studi ammirevoli, il Segàle dimostrò che anche il colera è riconducibile a una intossicazione da polipeptidi; questi preesisterebbero nell'intestino o si formerebbero a contatto del germe specifico con gli umori dell'organismo; egli escluse così che si trattasse di un'intossicazione da endo- o da esotossine dei vibrioni, come allora si ammetteva. Addusse molte prove a sostegno della sua concezione; per es. le modificazioni delle costanti fisico-chimiche del siero, la coesistenza di queste modificazioni e delle alterazioni anatomo-patologiche nella madre e nel feto, la diminuzione del glicogene epatico, ecc.

Molte esperienze il Segàle ha compiuto sulle secrezioni interne; possono considerarsi classiche quelle sul ricambio di un cane sopravvissuto alla doppia capsulectomia, e quelle sui cùccioli mixedematosi di cagne stiroidate.

Dobbiamo ancora una menzione alle indagini del Segàle sull'influenza. Contestato il compito eziologico del b. di Pfeiffer, egli isolò uno *Streptococcus pandemicus*, il cui valore resta però ancora da definire.

Abbiamo accennato solo ai più importanti contributi del Segàle; ma questi sono molto copiosi e varii. In una bibliografia raccolta dal Cesaris-Demel sono consegnate 72 pubblicazioni sue e 47 di suoi allievi.

La vastità della sua cultura si rivelò sovratutto nei *Pathologica*, un periodico al quale egli consacrò molta parte di se stesso: egli seppe renderlo interessante, vivo e generalmente apprezzato dai cultori della medicina e della biologia: si ammiravano e si gustavano da tutti i giudizi precisi da lui espressi, anche se non sempre venivano condivisi.

Le nostre Università avrebbero potuto onorarsi di annoverare tra i loro insegnanti il Segàle; invece egli fu tenuto lontano dalla cattedra. Non volle adattarsi a piegarsi alle transazioni che vanno intristendo la nostra vita accademica e che fanno precipitare sempre più la nostra cultura; e così questo spirito eletto, investigatore sagace, animato come pochi altri dal sacro fuoco del sapere, rimase perduto per l'insegnamento.

V.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Accademia d'Italia.

Con questa provvida iniziativa l'attuale Governo si è proposto lo scopo nobilissimo di conferire prestigio e imprimere incremento alla coltura superiore, la quale da qualche tempo è, pur troppo, in preoccupante decadenza nel nostro Paese.

Le discipline mediche e biologiche troveranno nel nuovo Istituto il posto che loro compete, rispondente all'alta funzione sociale e civile che esse sono chiamate a svolgere.

Confidiamo che la scelta degli accademici sarà fatta con avvedutezza, superando le discriminanti politiche e gli esclusivismi personali o di scuola, valutando i meriti intrinseci dei molti candidati e aspiranti all'alta carica.

È solo così che l'istituenda Accademia diverrà un fattore efficiente di progresso, oltre che un premio ambito alle personalità più insigni che onorino il nostro Paese.

Conferenza dell'Unione Internazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Il V Congresso internazionale dell'« Union International contre la Tubercolose » avrà luogo a Washington nei giorni 30 settembre-2 ottobre. Le tre relazioni ufficiali che dovranno essere presentate alla conferenza sono le seguenti:

1) Soggetto clinico: *Il contagio della tubercolosi nell'adulto,* relatore prof. Gaetano Ronzoni di Milano.

2) Soggetto bologico: *Struttura anatomica del tubercolo,* relatore dott. Allen Krause di Baltimora.

3) Soggetto sociale: *Tubercolosi e latte,* relatore dott. William Park di New York.

Inoltre il dott. Theobald Smith, presidente dell'Associazione Nazionale antitubercolare di New York e presidente dell'Unione Internazionale contro la Tubercolosi, terrà una conferenza su soggetto ancora non stabilito.

Tutti i membri consiglieri ed i membri titolari dell'Unione sono invitati a partecipare alla conferenza, della quale hanno diritto a far parte.

Oltre questi potranno prender parte alla conferenza soltanto le personalità presentate, per ciò che concerne l'Italia, dalla Federazione Nazionale per la lotta contro la Tubercolosi. Questa categoria di membri designati della conferenza dovrà pagare per parteciparvi una quota pari a 5 dollari.

Le iscrizioni dei membri consiglieri e dei membri titolari potranno essere inviate direttamente al segretariato dell'Unione (Avenue Velasquez, 2, Parigi) o potranno anche venir comunicate al segretariato stesso per il tramite della Federazione. Nessuna iscrizione invece alla terza categoria (membri designati della conferenza) potrà essere ricevuta direttamente dal segretariato dell'Unione internazionale, quindi le persone che desiderano partecipare a tal titolo alla conferenza di Washington dovranno indirizzare la loro domanda alla Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la Tubercolosi, via Toscana 12, Roma.

Tutti i membri dell'Unione, compresi i membri designati, che desiderano partecipare alla discussione sui tre soggetti di relazione sono pregati di far conoscere il proprio nome alla segreteria dell'Unione Internazionale. Inoltre essi dovranno presentare al segretario della conferenza a Washington, il giorno nel quale prenderanno la parola, una copia della comunicazione che non superi quattro pagine stampate modello ordinario.

Sull'esempio della Società delle Nazioni le lingue ufficialmente ammesse alla conferenza sono la francese e l'inglese. Così pure il testo degli atti ufficiali del congresso sarà pubblicato in francese ed in inglese.

L'assemblea annuale della *Associazione Americana contro la Tubercolosi* verrà tenuta immediatamente dopo la conferenza internazionale, onde possano assistervi i partecipanti alla conferenza stessa. La durata di questo congresso americano sarà circa di una settimana, fino cioè il 9 ottobre 1926.

Il segretariato dell'Unione Internazionale cercherà di ottenere delle facilitazioni per il viaggio di ritorno, tenendo conto dell'eventualità che i partecipanti alla conferenza internazionale vogliano assistere anche al Congresso nazionale americano, che avrà speciale interesse perchè vi verrà data ampia documentazione di tutta l'opera scientifica e sociale compiuta negli Stati Uniti per la lotta contro la tubercolosi.

Il segretariato dell'Unione Internazionale invierà a chi ne farà richiesta, l'elenco dei piroscafi appartenenti alle linee americane, inglesi, italiane, francesi, olandesi, tedesche e svedesi che dall'Europa arriveranno a New York in tempo utile per la conferenza.

Per coloro che non hanno difficoltà a partire da porti non italiani vengono indicati i seguenti piroscafi, il cui arrivo a New York coinciderà coll'inizio della conferenza:

L'« Ohio » della « Royal Mail Line », traversata di 8 giorni; cabina di classe unica. Partenza da Southampton con scalo Cherbourg il 17 settembre. Tariffa da Southampton 31 lire sterline; da Cherbourg 32 lire sterline. — La « Mauretania » della « Cunard Line », traversata in 6 giorni; cabina di prima e di seconda classe. Partenza da Southampton con scalo a Cherbourg il 18 settembre. Tariffa in seconda classe da Southampton sterline 31 e 10 scellini; da Cherbourg sterline 32 e 10 scellini o 3815 franchi. — Il « Leviathan » della « United States Line », traversata 6 giorni; prima e seconda classe. Partenza da Southampton con scalo a Cherbourg il 21 settembre. Tariffa seconda classe circa 150 dollari o 3815 franchi; prima classe 350 dollari o 7275 franchi.

La « Royal Mail Line » ha fatto l'offerta di riservare un numero sufficente di posti (una persona per cabina) sul ponte A dell'« Ohio » o sopra un altro dei ponti a tariffe superiori e variabili. Poichè è piuttosto difficile di trovare dei posti liberi sui piroscafi alla fine di settembre, perchè molta

gente ritorna agli Stati Uniti, il Ségrétariat de l'Union Internationale s'incarica di riunire le eventuali domande per ottenere le migliori condizioni di posto e di prezzo sopra uno dei piroscafi indicati; tutto ciò però nei limiti dei posti disponibili, e purchè le domande di iscrizione gli pervengano subito o almeno non più tardi del 15 marzo 1926. Ogni domanda d'iscrizione dovrà essere accompagnata dal versamento di 500 franchi francesi, caparra richiesta dalle compagnie di navigazione. Trascorsa la data suddetta il segretariato non potrà più incaricarsi di altro che della semplice trasmissione delle indicazioni dei piroscafi e dei viaggi più favorevoli. S'intende che le iscrizioni per i posti a bordo dei piroscafi possono invece sempre venir fatte direttamente presso le compagnie di navigazione.

I congressisti potranno eventualmente fruire anche di una tariffa speciale per il viaggio di ritorno, qualora sia possibile di riunirli in un gruppo sufficente sullo stesso piroscafo.

I congressisti che desiderassero far parte di questi gruppi per il ritorno dovranno indicare al *Sécrétariat de l'Union Internationale pour la lutte contre la Tubercolose* (*Avenue Velasquez* 2, *Parigi*) la data approssimativa nella quale intenderebbero rimbarcarsi per l'Italia.

Conferenze scientifiche presso la Scuola di Sanità Militare.

Presso la Scuola di Sanità militare in Firenze, per iniziativa del colonnello medico direttore prof. G. Grixoni, durante il corrente anno ha luogo un ciclo di conferenze scientifiche affidate a professori universitari delle facoltà medico-chirurgiche del Regno, per l'incremento della cultura professionale degli ufficiali medici allievi che frequentano la Scuola, e dei medici militari del Presidio.

Il ciclo è stato iniziato con una conferenza del sen. Lustig sul tema: « Una rivendicazione italiana, Agostino Bassi da Lodi. Seguiranno conferenze dei proff. Biondi (Siena), Patrizi (Bologna), Casagrandi (Padova), Maragliano (Genova), Gabbi (Parma), Viola (Bologna), Herlitzka (Torino), Pende (Genova).

Hanno accettato l'invito, riservandosi di comunicare l'argomento della conferenza, i proff.: Gradenigo (Napoli), Bottazzi (Napoli), Bilancioni (Pisa), Baglioni (Roma), Gosio (Roma), Belfanti (Milano), Centanni (Modena), Burci (Firenze), ecc.

Corsi di perfezionamento.

Un corso per aspiranti ufficiali sanitari avrà luogo presso l'Istituto d'Igiene di Firenze a partire dall'8 aprile, per la durata di un bimestre; tassa complessiva L. 302.50; modalità e norme consuete. Iscrizioni presso la segreteria della Facoltà (via degli Alfani 33) fino al 31 marzo; tassa d'iscrizione alla Cassa della R. Università (piazza San Marco 2).

Un corso di anatomia, fisiologia e patologia dell'orecchio e delle prime vie respiratorie si terrà nei mesi di marzo e aprile presso la Facoltà medica della R. Università di Firenze, a cura dei proff. C. A. Torrigiani, L. Castaldi e G. Simonelli. Per informazioni e iscrizioni rivolgersi alla segreteria (via Alfani 33).

Numerosi corsi di perfezionamento avranno luogo presso la Facoltà medica di Parigi durante il 1926; concerneranno i seguenti soggetti: metodi di laboratorio, malattie mediche del sistema digerente, dei reni, del fegato e delle vie biliari, diabete, chirurgia d'urgenza, chirurgia addominale, urologia, ginecologia, ostetricia, puericoltura, ortopedia infantile e tubercolosi chirurgiche, difterite, neurologia, psichiatria, dermatologia, patologia e terapia generali, anatomia patologica, istologia, batteriologia, parassitologia, igiene e medicina preventiva, medicina coloniale, radiologia ed elettrologia, ecc. Chiedere programmi e condizioni al « Secrétariat de la Faculté de Médecine », rue de l'École de Médecine, Paris.

Nella stampa sanitaria.

La « Rivista di Malariologia » si pubblica a Roma con periodicità bimestrale. Ospita contributi originali, relazioni e studi riassuntivi; fa posto ad una ricca rubrica di recensioni sistematiche, le quali rispecchiano i progressi compiuti dalle nostre conoscenze sulla malaria in tutti i Paesi; reca informazioni varie. È diretta da G. Sanarelli e presidiata da una schiera d'insigni studiosi della malaria; ne è redattore-capo L. Verney.

Continua il « Bollettino Malariologico »; questo però era un estratto dagli « Annali d'Igiene », mentre la nuova rivista assume vita autonoma.

Il periodico risponde a un bisogno vivamente sentito nel nostro Paese, ove la malaria è oltremodo diffusa, se non così letale come un tempo.

Il primo fascicolo contiene memorie di G. Foà (azione terapeutica della cinconina), G. Pippia (reperti ematici nel periodo interepidemico), G. Alessandrini e A. Missiroli (mezzi di difesa delle zanzare contro i gas tossici, con 9 figure), L. La Face (revisione degli anofelini italiani, con 2 tavole), C. Cuboni (differenziazione dell'« Anopheles algeriensis » dall'« A. superpictus », con 1 tavola), D. Mazzolani (ripresa della malaria a Tripoli città), una relazione di L. W. Hackett (il verde di Parigi nella disanofelizzazione idrica, con 4 figure), recensioni sulla profilassi generale della malaria e sull'azione antimalarica in Palestina, notizie.

L'abbonamento annuo importa L. 25 in Italia e L. 50 all'Estero (per gli abbonati al « Policlinico » L. 22 e 40 rispettivamente; se abbonati anche agli « Annali d'Igiene » L. 18 e 30).

Augurî.

Per gli infortuni in agricoltura.

Il « Regime Fascista » pubblica un articolo nel quale si dà conto dell'avvenuta ripresa — presso il Compartimento di Cremona della Cassa Nazionale Infortuni — delle adunanze del Comitato di liquidazione delle indennità per gli infortuni sul lavoro in agricoltura, e si rileva come siano veramente encomiabili la correttezza e la diligenza sempre usate dalla Cassa Nazionale nella liquidazione delle indennità ai contadini colpiti da infor-

tunio, e come l'azione svolta dall'Istituto sia improntata a una larga visione dei doveri sociali verso i lavoratori infortunati. Il presidente del Comitato di liquidazione ha constatato come il pieno accordo esistente fra il Comitato stesso e la Cassa Nazionale costituisca la maggiore e la più completa dimostrazione della equanimità e della oculatezza degli organi di tale Istituto.

Il rappresentante delle Corporazioni sindacali fasciste in seno al medesimo Comitato ha assicurato che le Corporazioni si occupano e si occuperanno sempre più dei problemi della previdenza sociale e svolgeranno un'opera fattiva presso il Governo Nazionale perchè la legge sugli infortuni in agricoltura venga ben presto riesaminata.

Corso di igiene ed assistenza infantile della C. R. I.

Il 2 febbraio alla presenza di S. E. il ministro Federzoni, di S. E. il marchese Carlo Centurione Scotto, presidente generale della C. R. I., del generale Baduel, direttore generale della C. R. I. e di altre personalità, ebbe inizio il quinto corso d'igiene e assistenza infantile organizzato dalla C. R. I. nel Preventorio per Lattanti E. Maraini sotto la direzione del prof. F. Valagussa.

In seguito agli accordi stabiliti gli insegnamenti sono così distribuiti: professori F. Valagussa: Capitoli di clinica e terapia dell'infanzia; L. Sympa: Igiene dell'alimentazione e malattie della nutrizione; S. Crainz: Elementi di ortopedia; R. Maggiora e P. Zannelli: Epidemiologia e profilassi delle malattie infettive nell'infanzia; A. Ilvento: Igiene e malattie dello scolaro; E. Gualdi: Ginnastica medico-fisiologica e rieducazione funzionale; T. Mancioli: Elementi di oto-rino-laringoiatria; O. Serena: Radiologia e terapia fisica; A. Ronchi: Indagini di laboratorio applicate alla clinica infantile; C. De Sanctis: Nozioni di neuropsichiatria infantile; P. Pediconi: Nozioni di dermatologia infantile; Di Marzio: Le malattie oculari dell'infanzia. Per benevola adesione della Direzione Generale della Sanità Pubblica agli esami finali del corso presenzierà un rappresentante del Ministero dell'Interno.

Due medici italiani allontanatisi dalle Cliniche di Vienna.

Il *Correspondenz Bureau* di Vienna pubblica:

In seguito alla voce che due medici italiani esercenti in cliniche di Vienna avrebbero lasciato la città a causa del trattamento ostile da parte di colleghi, il Decanato della Facoltà di Medicina Viennese comunica:

« In base ad indagini fatte dal Decanato sul fatto che due medici italiani sono rientrati in Italia, risulta che essi hanno preso tale decisione soltanto perchè hanno creduto di notare un certo raffreddamento nell'atteggiamento amichevole dei loro colleghi. Il dott. Osvaldo ha espresso al capo della Clinica Meller la speranza di poter tornare in Austria dopo che si sarà calmata la momentanea agitazione.

La Legazione italiana è stata immediatamente informata dall'Ufficio del Cancelliere Federale circa i risultati dell'inchiesta ».

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Minerva Med., 31 lug. — P. Bastai. Epidemiol. della febbre melitense. — A. Ceconi. Tbc. miliare acuta e meningite tbc.

Paris Méd., 25 lug. — Em. Sergent e R. Turpin. La tbc. polm. chiusa. — Téchoweyres. Autojavellazione delle acque potabili.

Bull. Méd., 22 e 25 lug. — H. H. Young. Il mercurocromo nelle setticemie. — E. Rivalir e K. Todorovitch. Le pasteurellosi umane.

Clin. y Labor., giu. — V. Foveau de Courmelles. L'antagonismo delle radiazioni.

Igiene Mod., mag. — L. Gabbana. La soja nell'alimentaz. umana. — G. Brotzn. Depuraz. delle acque di fognatura.

Americ. Journ. Obst. a. Gyn., lug. — J. Hofbauer. La funz. delle cellule di Hofbauer nel villo corneale specialm. in rapporto alle infez. acute e alla sifilide. — C. S. Proshed. Sympus dipus. — J. Jarcho. Il forc. Kielland e le sue applicaz. — H. W. Mayers. Il mercurocromo in ostetr.

Bull. Ac. Méd., 21 lug. — E. Brumpte. Gli anofeli della Corsica. — F. S. Von Bruwdye Bastiaanse e a. Encefalite consecutiva alla vaccinaz. antivaiolosa.

Revue de Chir., n. 6. — X. Delore. Reazioni peritoneali larvate in chirurgia gastrica. — H. Godard. Gl'innesti testicolari.

Scalpel, 25 lug. — M. Alexander. Tipi di malattie immaginarie.

Pathologica, 15 lug. — F. Guccione. Pigmento delle cisti di echinococco degenerate.

Riforma Med., 13 lug. — G. Pacetto. Concentrazione ureica della saliva quale indice della funzione renale. — O. Cignozzi. Malaria e litiasi renale.

Riv. di Clin. Med., 30 mag. — G. Coronedi. I fondam. scientifici della terapia chimica.

Ann. di Oftalmol. ecc., 8. — D. Basso. Sclerectomia e glaucoma. — E. Talles. Patogenesi della cherato-congiuntivite eczematosa. — M. Mazzucconi. Riflessometria pupillare.

Pediatria, 1 ag. — F. Redlich e A. Ronchi. La reaz. alla anatossina difterica.

Zbl. f. Chir., 1 ag. — E. Grunert. Trattam. di alcune forme d'ipertrofia prostatica senza allontanam. della glandola. — A. W. Wischnensky. Nuovo procedim. di anestesia locale nella prostatectomia soprapubica.

Brain, 2. — J. P. Martin. Meningo-mielite amiotrofica. — J. G. Greenfield e G. Holmes. Istologia dell'idiozia amaurotica. — J. R. Pereira. Studio fisiologico del riflesso rotuleo.

Zbl. inn. Med., 1 ag. — H. Pribram. Eliminaz. di sost. colloidali nel diabete mellito.

Bull. Méd., 29 lug.-1 ag. — G. Gion. Le anemie d'origine digerente.

Wien. Klin. Woch., 30 lug. — R. Bauer e W. Nyiri. Le nuove ricerche sul cancro. — H. Beitzke. Eziologia dell'amilonefrosi cronica.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 lug. — Numero sull'apparecchio digerente.

Münch. Med. Woch., 31 lug. — E. HOLZBACH. Nuove vie per la cura della gonorrea. — SCHLUGT P. Diagnosi e prognosi batteriologiche in ginecol. ed ostetr.

Deut. Med. Woch., 31 lug. — H. ZONDEK. Pinguedine ipofisaria-cerebrale-periferica. — W. SCHOBER e H. OPITZ. Malattia atipica del sistema mieloide con enorme iperleucocitosi.

Brit. Med. Journ., 1 ag. — E. SHARPEY-SCHAFER. Poliuria sperimentale.

Archivos de Gastro-Enterologia y Nutrición, may. — C. FLANDIN. Il treparsol nelle amebiasi. — J. J. DELGADO. Vitamine e nutrizione.

Rinascenza Med., 1 ag. — G. ARENA. Aneurisma latente dell'arco aortico. — M. IUNGANO. La sclerosi dei corpi cavernosi.

Vers la Santé, lug. — T. B. KITTREDGE. Impressioni d'Italia.

Archivos de Med., Cir. ecc., 1 ag. — B. W. GYE. L'eziologia delle neoplasie maligne.

Mediz. Klinik, 31 lug. — E. LESHKE. La secrez. del succo gastr. — E. HOLZLÖHNER. Il tono del miocardio. — K. DIETL e H. MASLOWSKI. La reaz. di Mátéfy nella tbc. infantile.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., 1 ag. — H. W. KNIPPING. Il bilancio termico ai tropici.

Encéphale, lug.-ag. — H. CLAUDE, R. TARGOROLA e A. ANTHEAUME. Trattam. della paralisi gener. — E. FLATAN. Encephaloleucopathia scleroticans progressiva.

Journ. Amer. Med. Assoc., 18 lug. — T. ADDIS. Classificaz. clinica del morbo di Bright. — L. W. SMITH e al. Trattam. della pertosse con i raggi X. F. G. EBAUGH. Puntura della cisterna magna. — L. HUNT e H. CORNWELL. Paraplegia flaccida.

Practitioner, ag. — M. CRAIG. Trattam. dell'insonnia. — L. HILL. Dosaggio dei raggi ultra-viol. — H. J. PATERSON. Trattam. prima e dopo operazioni addominali. — J. E. MACDONAGH. La fibrosite.

Spitalul, lug.-ag. — C. POENARN CAPLESCO. La trasfus. nelle peritoniti e in altre infez. acute. — D. PAULIAN. Tetraplegia da tumore della 4ª vert. cervicale. — MUSSU e FAGARASANN. Disposizione anomala del colon pelvico.

Riforma Med., 20 lug. — G. PELLACANI. Remissioni spontanee e terapeutiche della p. p. — G. DELPIANO. Terapia specifico-aspecifica nella blenorragia.

Paris Méd., 1 ag. — Numero sulle malattie dei reni e delle vie urin.

Riv. Clin. Ped., ag. — P. BOSIO. Metabolismo basale e fondamentale nei bambini lattanti.

Studi Sassaresi Sez. Sc. Med. e Nat., III. — C. LOTTI. Forma non frequente di sarcomatosi. — C. FERMI. La malaria in Sardegna. — *Id.* IV. I. SIMON. Funzione regolatrice del cloruro di sodio sulla viscosità del sangue

Evol. Méd.-Chir., mag. — P. ROBIN. La glossoptosi.

Rev. Méd. Latino-Amer., giu. — R. A. BULLRICH. Le false aortiti radiologiche. — R. A. IZZO. Eunucoidismo femineo; gerodermia ovaro-distrofica.

Arch. Ital. di Chir., 5. — A. BERTOCCHI. Innesti di pelle fissata. — O. ANDREI. Produz. di osso e di cartilag. in seg. a innesti di tessuti fissati e viventi. — F. VIRGILLO. Epifisite cronica sierosa del femore.

Münch. Med. Woch., 7 ag. — C. HIRSCH. Misura della viscosità del sangue in clinica. — G. HOPPE-SEYLER. Composizione chimica degli organi nelle alterazioni patologiche. — H. DOLD. Turbido-colorimetro.

Deut. Med. Woch., 7 ag. — BLUMENTHAL. Le ricerche di W. E. Gye sulla genesi delle neoplasie maligne. — F. REICHERT.. Tumori bacillogeni e batteri tumorigeni. — E. W. KOOCH. Cura radicale dell'ossiuriasi con l'oxylax.

Norck Magazin for Laegevidenskaben, ag. — S. WIDEREE. Malum coxae Calvé-Legg-Perthes. — K. ZEINER-HERNKSEN. Meralgia paraesthetica.

Arch. de Card. y Hemat., lug. — L. URTUBEY. Macrofagi, clasmatociti e cellule di Ferrata.

Riv. Clin. Med., 30 giu. — G. NATALI. L'endocardite lenta. — A. MONTANARI. La reaz. di Sochanski per la diagn. differ. tra essudati e tras.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 9 ag. — V. MARAGLIANO. Fondamenti biofisici della radioterapia del cancro.

Mediz. Woch., 7 ag. — F. KLEWITZ. Sull'asma bronchiale. — O. GROSSER. Embriologia e malformazioni.

Wien. Klin. Woch., 6 ag. — O. KAUDERS. Dosaggio in terapia endocrina. — R. BAUER e W NYCRI. I problemi del cancro. — O. STERN. I soffi bronchiali.

Minerva Med., 10 ag. — P. OCCHIONI. Ricambio del ferro e zona splenica perifollicolare. — C. HALFER. Il comportam. dell'ossidasi sulla malaria.

Giorn. Med. Mil., 1 ag. — Numero sul tifo e sulla vaccinaz. antitifica nell'esercito.

Zbl. inn. Med., 8 ag. — L. HAHN. Variazioni spontanee fugaci della pressione sistolica.

Zbl. f. Chir., 8 ag. — HOSEMANN. Operaz. delle varici secondo Babcock. — J. HOHLTAUM. Sull'operaz. dell'aneurisma artero-ven.

Folia Med., 30 lug. — L. MAGLIULO. Trasporto passivo della ipersensibilità tubercolinica.

Ann. Institut Pasteur, ag. — J. WILBERT. Vaccinaz. delle scimmie contro la tbc. mediante il BCG. — M. WEINBERG e B. GINOBOURG. Putrefaz. *in vivo*.

Lancet, 8 ag. — R. CRUCHET. Rapporto tra paral. agit. e sindrome parkinsoniana dell'encefalite let.

Proc. R. Soc. Med., ag. — Discuss. sul trattam. della setticemia. — Copiosa casistica.

Morgagni, 9 ag. — F. BINDI. Neuroma del nervo mediano.

Riv. Ospedal., 30 giu. — G. PETTA, Az. terapeutica della cinconina nell'infez. malarica.

Arch. de Med., Cir., ecc. 1 ag. e 8 ag. — W. E. GYE e J. E. BARNARD. Ricerche sul cancro.

Paris Méd., 8 ag. — BRUNON. Si deve operare l'appendicite cronica? — CHAVIGNY. La spermatorrea. — PETGES. Esiste la riattivaz. biologica della reaz. di Bordet-Wassermann?

Indice alfabetico per materie.

ANNO XXXIII Roma, 1° Marzo 1926 Fasc. 9

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Le dermatosi ed il loro terreno

per il dott. ALBERTO GRANDINETTI, Parma.

LE DERMATOSI SU FONDO SIFILITICO.

I moderni studi ci hanno portato a considerare le malattie della pelle — escluse le parassitarie — come manifestazioni tegumentarie di svariati processi morbosi interni, alcuni noti, altri no.

Cosicchè le Dermatosi non sono per lo più che dei sintomi: sintomi, invero, della massima importanza perchè ci possono da soli rivelare sin dal loro inizio, o a malattia inoltrata, forme latenti patologiche. Ecco, dunque, la dermatologia assurgere ad elevata branca scientifica, dai confini vasti, perchè vasto è il campo da indagare ed ecco il Dermatologo oggi manifestarsi un clinico esperto, essendo non sempre facile la ricerca delle cause interne produttrici delle manifestazioni cutanee e spesso difficile la cura delle malattie cui riferirle.

La sifilide, una delle più importanti e comuni cause etiologiche delle dermatosi, può in vario modo estrinsecarsi sui tegumenti. Ora si tratta delle ordinarie manifestazioni cutanee, dall'eritema alla pustola, ora di neoformazioni, ora di vasti processi distruttivi. Tali lesioni — è noto — assumono un aspetto ed un andamento diverso secondo il fondo di cui si sviluppano (tubercolari, arteriosclerotiche, artritiche, ecc.). Ma ciò non forma oggetto del nostro argomento, che spesso sfugge alle indagini cliniche e che è della mas-

sima importanza: « si tratta del valore che ha il fondo sifilitico sul manifestarsi ed evolversi delle svariate malattie cutanee, le quali per loro stesse non possono essere considerate come lesioni sifilitiche, ma che sviluppandosi in un soggetto sifilitico, e specialmente eredo-sifilitico, assumono un carattere speciale e non guariscono che col trattamento antiluetico ».

DERMATOSI IN EREDO-LUETICI.

La sifilide congenita è molto più frequente di quello che si creda e che appaia. Essa può avere delle note certe, ma può anche essere oscura, difficilmente diagnosticabile, e disgraziatamente questo è il caso più comune. Dico disgraziatamente perchè, sfuggendo all'investigazione diagnostica non viene convenientemente curata a tempo e forse non subisce mai alcun trattamento, con gravissimo ed irreparabile danno.

Quante malattie interne o tegumentari non debbono ad essa attribuirsi! Quanti inspiegabili arresti di sviluppo, quante dispepsie, deformità, dermatosi, erroneamente riferite a cause svariate, molto lontane dal vero, non scomparirebbero con un adatto trattamento antiluetico! Eppure nella pratica professionale vi sono degli scogli ardui da sormontare: l'anamnesi familiare riesce negativa, i genitori si oppongono a delle cure che secondo loro sono inopportune e dannose, i pareri dei medici consultati spesso sono discordi perchè non tutti dànno l'importanza che si deve alla ricerca della sifilide congenita, specialmente se mancano dei sintomi chiari. Anche la Wassermann spesso è negativa nell'eredo-lue. Con tutto ciò bisogna tenere presente la possibilità di una tale malattia di seconda ed anche di terza generazione e, se occorre, tentare la cura ex-juvantibus. È noto che i bambini tollerano benissimo le cure antisifilitiche, anche le arsenobenzoliche.

Diamo uno sguardo, per non uscire dall'argomento, alle dermatosi che possono svilupparsi nei bambini tarati dall'eredo-lue, pur non essendo esse di natura strettamente sifilitica.

Nella eredo-lue si riscontrano delle malattie cutanee sulla cui natura non ancora si è giunti ad un accordo assoluto. Si tratta di lesioni precedentemente riconosciute di origine sifilitica, poi a poco a poco si è visto che esse possono riscontrarsi anche in bambini non eredo-sifilitici; e finalmente non si è potuto escludere che, per lo meno, tali affezioni si riscontrano specialmente negli eredo-luetici. Rigettata, pertanto, la natura sifilitica si parla di lesioni su terreno sifilitico. A tale gruppo appartengono l'eczema boccale, alcune forme di eczema seborroico, l'eritema falsopsoriaco, la falsa psoriasi di Lasègue e Trousseau, l'eritema squamoso di Gailleton, la sifilide lenticolare di Parrot, la cosidetta sifilide flemmonosa, la sifilide ulcerosa. A proposito di quest'ultima è bene tenere presente che i microbi piogeni trovano negli eredo-luetici un terreno di coltura evidentemente favorevole. Il Morgagni (dott. Bernardini) riporta il caso di un bambino di cinquanta giorni presentante ascessi multipli agli arti inferiori, da streptococchi, con edema duro e fatti generali anemici, spleno ed epatomegalia. Wassermann positiva. Si trattava indubbiamente di eredo-lue.

Altre dermatosi degli eredo-luetici possono essere:

1) la *vitiligine*, che, per lo più, è malattia familiare;

2) l'*area Celsi*. Si tratta di una forma speciale, a placche che ha come sede di preferenza il mento, le regioni sotto mascellari, ed è associata frequentemente a disturbi trofici ungueali. Nei bambini la calvizie deve far pensare alla sifilide ereditaria, che bisogna curare anche se la Wassermann sia negativa, come spesso accade;

3) l'*ittiosi*, le *cistidermoidi*, i *nervi*, la *sclerodermia*, la *prurigine cronica* di Hebra (Schreiber cita una bambina di due anni affetta da orticaria cronica ribelle, che guarì colle frizioni mercuriali. Wassermann fortemente positiva. La malattia cutanea si era svolta su terreno eredo-luetico);

4) la *psoriasi*, secondo le nuove vedute, sarebbe una dermatosi molto lontana che si sviluppa nell'eredo-sifilide (Wilson);

5) Boutellier ha ricercato in venti lattanti eczematosi la sifilide e la tubercolosi con risultato positivo per la prima in oltre metà dei casi ed in tutti i venti negativo per la tubercolosi. (*Annales derm. et syphil.*, luglio 1924).

La sclerodermia, che per molti ha un'etiologia disendocrinica, presenta un innegabile rapporto colla sifilide. Leri e Barthelemy, che in una donna sifilitica avevano avuto solo un piccolo risultato favorevole dalla cura tiroidea e dalla diatermia, ottennero un notevole miglioramento dalla cura bismutica (Société de Derm., 10 aprile 1924). Del resto si sa che l'eredo-lue ha un grandissimo rapporto colle endocrinopatie, al punto che alcuni autori francesi chiamano *endocrinidi eredo-luetiche* delle malattie cutanee angioneurotiche, come l'acroasfissia, l'eritromelalgia. Perfino il diabete da molti autori è ritenuto un'alterazione ormonico-simpatica di origine sifilitica.

DERMATOSI IN ADULTI.

Nel marzo 1923 il Darier dichiarava che per le sue ricerche e per quelle di altri numerosi autori molte tuberculidi si sviluppano in realtà su ter-

reno sifilitico, anzichè su terreno tubercolare, come prima si riteneva. Già il Ravaut nel 1913, il Leredde, l'Hudelo avevano ottenuto delle guarigioni coll'arseno-benzolo in diverse tuberculidi (lupus eritematoso, tuberculidi papulo-necrotidi e nodulari, ecc.).

Ecco perchè il Darier propose di trasformare il nome di tuberculidi in quello di tuberculoidi, che non implica la natura tubercolare dell'affezione. Certo tutto ciò non è da accettare in modo assoluto per il momento.

Un'affezione della mucosa orale che non di rado si sviluppa nei fumatori sifilitici è la *leucoplasia* (o psoriasi boccale), che è determinata da svariate cause meccaniche agenti su terreno predisposto per condizioni interne e sopratutto per la sifilide.

La cute e le mucose dei sifilitici sono sensibilissime a molte cause irritanti, come i traumi, i bagni solforosi e di mare. Il Fiocco ammette che l'irritazione attinica richiami le manifestazioni sifilitiche sulla pelle. Il Tommasi cita un gastropatico ed antico sifilitico che soffriva di afte volgari ricorrenti: curato cogli arsenobenzoli le afte scomparvero definitivamente (*Giornale Ital. di Derm. e Sifil.*).

Il Barbacci (l. c.) parla di una forma di Vajolo manifestatasi in un vecchio sifilitico, le cui pustole si trasformavano in un sifiloderma papulo-ulceroso.

Il Martinotti (l. c.) accenna alla possibilità che la sifilide serva d'impianto ad alcune neoformazioni cutanee, come il cancro. Nel 23 il Levy-Frankel e Juster pubblicarono un caso di alterazione ungueale in una donna di anni 25, affetta da pregressa sifilide del gran simpatico. Bisogna, però, vedere se non si entri nel campo generico della maggior vulnerabilità dell'intero organismo sifilizzato; ad ogni modo, essendo la pelle e le mucose le parti del corpo più esposte alle cause traumatizzanti, è naturale che più frequentemente presentino alterazioni di varia natura negli individui tarati dalla sifilide.

Il dott. Artom (*Giorn. Ital. di Derm. e Sifil.*) ha dimostrato che l'Herpes Zoster fra le affezioni causali deve annoverare la sifilide, la quale agirebbe provocando l'insorgenza di essa mediante la localizzazione ganglionare del virus. È noto che lo Zoster è una affezione dovuta a lesione dei gangli spinali.

Noi possiamo pensare che il rapporto tra dermatopatie e terreno sifilitico possa essere di doppia origine:

1) a causa dell'infezione luetica la cute è in stato di minor resistenza e quindi facilmente attaccabile, tanto più che essa è più soggetta ai traumi ed alle cause irritanti;

2) la sifilide è causa di disendocrinie e le malattie cutanee spesso sono la conseguenza di tali disendocrinie.

Ma la sifilide può anche agire indirettamente provocando quello stato leucemoide, di cui tanto si parla, per il quale si possono avere sindromi cutanee svariate, alle volte di difficile diagnosi differenziale. Per alterazioni vasali, come ad esempio l'artrite sifilitica, si possono sviluppare gangrene gravi specialmente nelle estremità inferiori. Il Campana nel 1911 (*Arch. f. Derm. u. Syphil.*) descrisse fatti di arteriosclerosi sifilitica pei quali si ebbero depressioni atrofiche con lieve ipercheratosi cutanea, inoltre sclerosi ipertrofica di tratti di cute. La cura antiluetica diede marcato miglioramento ed il Warthin (*New-York Medical Journ.*) riferisce di avere riscontrato in un caso di pemfigo una aortite luetica con ispessimento delle arteriole cutanee e sottocutanee a tipo arteriosclerotico. Per cachessia sifilitica si può determinare il distacco delle cellule epidermiche per *acantolisi*, cioè per distruzione dei processi spinosi intercellulari, ed avere delle dermatosi bollose;

3) la sifilide ha grande affinità per il sistema nervoso simpatico; ora la localizzazione di parecchie dermatosi corrisponde alla zona soggetta all'influenza di un determinato tratto del sistema nervoso vegetativo, presentante dei disturbi d'innervazione.

Dunque accanto alle affezioni puramente sifilitiche abbiamo delle malattie cutanee in diretta dipendenza della lue. E ciò ha un valore della massima importanza anche dal punto di vista terapeutico. Cito delle guarigioni rapide di psoriasi ottenute colle iniezioni endovenose di arsenobenzoli. Si potrebbe obbiettare che l'arsenico è utile nelle affezioni cutanee, anche se non esiste sifilide, ma sappiamo che esso è dannosissimo nelle forme *acute* di psoriasi. Orà se in tali casi esso giova è segno che la psoriasi era su terreno sifilitico. Lo stesso si può dire di molte forme ostinate di eczema, che guariscono rapidamente col trattamento arsenicale.

LE DERMATOSI SU FONDO TUBERCOLARE.

Se noi procediamo dalle più semplici dermatosi alle più complicate vediamo quanto segue:

L'eritema polimorfo, cui ordinariamente si dà un'origine reumatica, in alcuni casi (secondo il Landouzy, il Gauther, ecc.) si svilupperebbe su fondo tubercolare. Anche l'eritema nodoso, che non ha nulla da vedere col polimorfo, avrebbe la stessa etiologia. L'eritema indurato del Bazin ha una sicura connessione colla tubercolosi e può essere considerato una tubercolide. Le melanodermie (il morbo di Addison) hanno il loro fattore

etiologico spesso nella tubercolosi latente. Il lupus eritematoso a parere di molti sarebbe una tuberculide, perchè non si è potuto riprodurre la malattia sperimentalmente coll'innesto, e perchè mancano i bacilli tubercolari nel tessuto malato, e le cellule giganti. Però l'anamnesi individuale degli ascendenti è positiva per la tubercolosi. La *Pitiriasis rubra pilaris* è stata dimostrata da Milian di origine tubercolare. Il terreno tubercolare può essere invocato nell'etiologia della prurigine di Hebra, assieme ad altri fattori ereditari: alcoolismo, artritismo, nevrosi.

Se passiamo alle dermatosi di natura più complicata vediamo, ad esempio, che l'eczema può manifestarsi su fondo tubercolare per diminuita forza di resistenza della cute agli agenti esterni. Anche la sclerodermia spesso si sviluppa in individui affetti da alterazione primitiva tubercolare delle glandole a secrezione interna e, forse, anche del simpatico. Il carattere di spinolosismo di alcuni licheni probabilmente è dovuto a singolarità reattive del terreno, determinate da una tubercolosi latente. Vi sono delle follicoliti della barba (Sicosi Lupoide) dovute ad alterazioni tubercolari del paziente.

Il sarcoide sottocutaneo del Darier è considerato come una forma di tuberculide, ma non tutti sono d'accordo sù ciò. Secondo il Pautrier ed altri bisogna vedere se sotto il nome di sarcoide molte lesioni non sieno di natura sifilitica.

La mancanza di reperti istologici e batteriologici t. b. c. non autorizza ad escludere tale etiologia, perchè è risaputo che nelle tuberculidi ciò è la regola; come si sa che il tessuto sottocutaneo può presentare fatti tubercolari senza averne la caratteristica.

Un fatto degno di nota, e che parla in favore della suscettibilità speciale della cute dei tubercolotici (dei sifilitici anche), è il seguente: in tali infermi se esistono scarse localizzazioni cutanee si possono avere nelle parti sane dermatosi varie (eczema, lichene, psoriasi) in seguito ad applicazioni di antigeni o di medicamenti. Ciò prova che nella cute di costoro esiste uno stato potenziale della stessa natura della dermatosi in atto. Tali tuberculidi, al solito, non hanno struttura anatomica tubercolare. Riguardo alla linfogranulomatosi inguinale cutanea del Nicolas e Fabre si è avanzata l'ipotesi che possa eventualmente trattarsi di una reazione di terreno tubercolare ad agenti etiologici svariati. Il Tommasi riferisce che nei casi da lui osservati vi era un abito netta mente tarato verso la tubercolosi.

Un'affezione sulla quale si discute da un pezzo per accertarne l'etiologia è l'*estiomene.*

Secondo Müller ed altri esso non sarebbe altro che un'ulcera cronica su terreno profondamente alterato dalla tubercolosi o dalla sifilide, sebbene manchi il reperto anatomo-patologico di tali affezioni.

Una dermatosi parassitaria che spesso si sviluppa nei tubercolotici, sulla cute dei quali per svariati motivi trova un terreno adatto, è la *Pitiriasis versicolor.*

Non di lieve importanza è la considerazione dell'aspetto speciale, caratteristico che assumono i sifilodermi su fondo tubercolare, nel quale si osservano per lo più eruzioni a piccole papule o papulo-pustolose follicolari aggruppate, associate frequentemente a periostiti, iriti, ecc.

Le lesioni cutanee, adunque, assumono su terreno tubercolare un'impronta morfologica speciale (reazione cutanea individuale del Brocq).

In conclusione le dermatosi debbono essere studiate non solo per loro stesse ma anche per il rapporto etiologico che presentano, per il quale si differenziano grandemente l'una dall'altra anche se vadano sotto la medesima denominazione. Così, ad esempio, un'orticaria sviluppatasi su terreno artritico non è un'orticaria manifestatasi su un terreno tubercolare. Un blenoderma orticarioide non è un'orticaria tossico-alimentare. Un eczema su fondo sifilitico è ben diverso da un eczema su fondo uricemico. Un erpete Zoster di un nevropatico diversifica da uno Zoster di un tubercolotico. Ma in che consiste la differenza? Nel decorso, nella prognosi e nella cura. In generale si può dire che essi sono in diretto rapporto colla malattia che costituisce il così detto *terreno o fondo.* Chi non ha visto delle malattie cutanee banali resistenti a tutte le cure, che duravano da lunga pezza sparire come per incanto in pochi giorni dopo una o due iniezioni di arsenobenzolo? Chi ignora che degli eczemi ostinati in individui artritici possono rapidamente guarire col cambiamento del regime alimentare, del modo di vivere?

Le dermatosi su fondo disendocrinico. Lo studio delle varie alterazioni delle glandole a secrezione interna e del gran simpatico ci ha portati a dovere ammettere un intimo rapporto fra il sistema endocrino-simpatico e molte malattie cutanee. Oramai possiamo considerare la pelle come un organo fornito di secrezione propria (Kreidl), in correlazione colle glandole endocrine. Importantissima è la sua attività nelle cellule basali, nella formazione del pigmento e nel suo intimo rapporto colle capsule surrenali, la cui alterazione produce il morbo di Addison.

Per alterazioni trofiche della cute, di origine endocrino-simpatica, si possono avere alopecia areata, l'ipertricosi, la vitiligine, alcune cheratodermie, le distrofie ungueali, il morbo del Raynaud. Il sesso e le diverse fasi sessuali hanno, pure, una grande influenza sulla pilogenesi e sulla pigmentogenesi. Ma oggi non si è più esclu-

sivisti a riguardo, ma si ritiene che, oltre alle glandole sessuali, entrino in campo altre glandole a secrezione interna. Certo vi sono molte dermatosi che compaiono all'epoca dello sviluppo o dell'arresto della funzione sessuale od in seguito ad alterazione di essa. Per es. la *cheratosi pilare*, che appare all'epoca della pubertà, specialmente nelle ragazze, e si riacutizza nel periodo mestruale. In un caso citato dal dott. Rapisardi era degno di nota un sensibilissimo miglioramento dopo il matrimonio della paziente che ne era affetta. Lo stesso eczema spesso si manifesta alla comparsa delle mestruazioni, alla menopausa, alla gravidanza, all'allattamento. E nell'uomo all'epoca dello sviluppo sessuale, analogamente ad un'altra dermatosi pure in stretto rapporto, nei due sessi, col sorgere della funzione sessuale: l'*acne giovanile*.

Nell'etiologia dell'*ittiosi* noi troviamo un solo fatto importante che ci deve far sospettare una dipendenza dalle disendocrinie, e cioè la coincidenza con uno stato di infantilismo degli organi sessuali, che appaiono rudimentari, col pene ridotto ad un piccolo bottone, privo di prepuzio, e di testicoli assenti dallo scroto.

L'orticaria, dovuta come si sa ad anafilassi, spesso si manifesta per alterazione degli organi genitali muliebri od in stati speciali (periodo mestruale, gravidanza, menopausa). Ma altre volte si tratta di malattie del fegato, del pancreas, dell'intestino, del sistema nervoso.

L'acne rosaceo nella donna frequentemente coincide colle malattie dell'utero e degli annessi, colla dismenorrea, colla menopausa. Che dire, poi, della *Herpes gestationis*, della *prurigo autotossica* della gravidanza, dei pruriti primitivi costituenti le cosidette *dermatosi gravidiche*, che sono da mettere in correlazione con una disendocrinia *utero-ovarica*.

L'ipertricosi è da considerare come effetto di disendocrinia sessuale, che nell'uomo può ritenersi dovuta ad esagerazione della funzione delle glandole sessuali, mentre nella donna bisogna ammettere l'esistenza e lo sviluppo di elementi sessuali maschili latenti (Grandinetti. *Rinascenza medica*, n. 11, 1925), Parlano in favore di questa tesi l'indiscusso rapporto delle glandole sessuali coll'apparecchio pilifero, la presenza di turbe nervose di origine ovarica nelle ipertricotiche, la comparsa dell'ipertricosi all'epoca dello sviluppo sessuale, o della menopausa, il carattere maschile delle ipertricotiche.

Una malattia di cui sinora pare accertata una grande relazione coi disturbi secretivi delle glandole tiroidi e di alterazioni del gran simpatico, è la *sclerodermia*. Il criterio ex-juvantibus pare che dia risultati moltò confortanti.

Il *lichene rosso piano* si ritiene una neurodermite simpatica in rapporto con una disendocrinia. Lo stesso può dirsi della psoriasi, della calvizie.

È noto che le *piodermiti* in genere trovano un terreno favorevole nei soggetti deperiti, indeboliti per malattie. Così l'ectima, l'impetigine. Ora i disendocrinici, malgrado le apparenze esterne, alle volte buone, possono essere messi nel numero dei fisicamente deboli. Anche la *sicosi volgare*, colla sua ostinatezza, deve far pensare che i germi, gli stafilococchi che la producono, trovino un agevole sviluppo nelle condizioni interne speciali, forse disendocriniche, che causano una diminuita resistenza tegumentaria.

CONCLUSIONE.

Abbiamo visto precedentemente che spesso per la medesima malattia si invoca un'etiologia diversa: ad es. per la sclerodermia ora si parla di un fondo sifilitico, ora tubercolotico, ora disendocrinico. E lo stesso per la vitiligine, per l'area Celsi, per la prurigine di Hebra, per la psoriasi, ecc. Si sarebbe, pertanto, indotti a dovere ammettere una diversità di vedute in proposito. Ma per poco che si rifletta si viene alla conclusione che in realtà essa esiste in apparenza, mentre in sostanza si ritiene che molte cause possano concorrere a determinare gli stessi effetti, e cioè le disendocrinie, alle quali sono da riferire molte dermatosi. Cause morbose di varia natura, adunque (sifilide, tubercolosi, artritismo, ecc.) agirebbero sul sistema endocrino-simpatico e quindi sulla cute, dati gli intimi rapporti fra questo sistema e la cute. Tale azione sarebbe di vario modo: angiospastico, angioparalitico, umorale; donde si avrebbero le varie dermatopatie che Brocq distingua: *a*) in forme sintomatiche secondarie a disturbi della circolazione o ad altre dermatosi; *b*) in forme primitive.

Da quanto sopra risulta che la dermatosi non è un'alterazione a sè, più o meno localizzata, ma essa dipende da condizioni interne *umorali* o di altra natura. Si ritorna così al concetto antico, interpretando, però, in modo diverso le cause ed i suoi effetti. Un'affezione interna può costituire un terreno adatto allo sviluppo di date dermatosi, che pure non presentando i caratteri di tale affezione (sifilide, tubercolosi, ecc.) assumono un aspetto e un andamento speciale. È chiaro che partendo da questo punto di vista viene ad essere completamente cambiato il concetto che sinora avevamo delle dermatosi, e, per conseguenza, il trattamento curativo assume un aspetto tutto diverso dal passato, in intimo rapporto col fattore etiologico.

10 dicembre 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

« OSPEDALE ALBERTI » DEI COMUNI CONSORZIATI DEL MANDAMENTO DI S. GIOVANNI VALDARNO
diretto dal prof. dott. PIETRO BASTIANELLI chirurgo primario.

L'intervento sistematico, formula assoluta, nell'appendicite acuta.

Dott. GIUSEPPE GUCCI, assistente effettivo.

I numerosi studi che in quest'ultimo cinquantennio si sono andati accumulando intorno alla patologia della fossa iliaca destra, se hanno nettamente modificato quelle idee che tempo fa si avevano sulla patologia di questa regione ed hanno ben messo in evidenza la vera essenza dell'appendicite e la sua evoluzione, non hanno però ancora raggiunto l'accordo nei riguardi della terapia, di questa terribile malattia che il Dieulafoy non esita a chiamare la grande malattia dell'addome.

E sebbene la voce autorevole di eminenti clinici, quali il Maragliano ed il Bozzolo in Italia, il Dieulafoy in Francia, abbia assicurato alla chirurgia la esclusività terapeutica dell'appendicite, tuttavia ancor oggi non solo fra i medici ma anche, e maggiormente, fra i chirurghi vive il dibattito circa il momento più o meno opportuno dell'intervento.

Io in questa breve nota, non pretendendo di controbattere le varie ragioni per cui uno è interventista, l'altro invece temporeggia, mi prefiggo semplicemente di fare una constatazione di fatto, professando innanzi tutto che in questo Spedale l'appendicite acuta, secondo le idee del chirurgo primario e mio illustre maestro, prof. Pietro Bastianelli, viene operata sempre a qualunque stadio essa sia. Per noi infatti, nei riguardi del momento operatorio, l'entrata in Ospedale di una appendicite acuta è sinonimo di ernia strozzata e viene subito preparato per il pronto intervento.

***

Baso questa mia memoria sopra i casi operati dal prof. Pietro Bastianelli nel triennio del mio assistentato in questo Spedale, fra i quali ho scelto solo quelli che per aver passato il termine stabilito delle 48 ore e per non aver raggiunto l'altro delle quattro settimane che viene ritenuto come il termine della fase appendicolare acuta, si riferiscono tutti a quel periodo intervellare in cui l'operazione viene detta *a caldo* e nel quale secondo la maggior parte dei chirurghi, l'intervento operatorio darebbe una percentuale di morti molto maggiore alla semplice cura medica aspettativa.

1) D. Nicola, di anni 46, di Castelfranco di Sopra. Appendicite acuta con peritonite circoscritta. 1° attacco 9ª giornata.
5 dicembre 1922. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale epiploico. Ascesso a tipo ileo-inguinale. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Drenaggio. Esce il 19 gennaio 1923 guarito.

2) C. Angiolina, di anni 38, di Terranova Bracciolini. Appendicite acuta perforata con peritonite circoscritta. 2° attacco 3ª giornata.
26 dicembre 1923. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale ileo-cieco appendicolare. Ascesso a tipo postero-parietale. Appendicectomia.
Lavaggio con etere. Drenaggio. In 15ª giornata, in seguito a purgante salino, compare una fistola stercoracea. Esce il 3 marzo 1923 guarita.

3) G. Gio. Batta, di anni 41, di Terranova Bracciolini. Appendicite acuta, 16ª giornata.
30 gennaio 1923. Lap. pararett. d. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Sutura. Esce il 15 febbraio 1923 guarito.

4) E. Agostino, di anni 50, di S. Giovanni Valdarno. Appendicite acuta perforata con peritonite circoscritta. 1° attacco 3ª giornata. Temperatura 38, puls. 110.
5 febbraio 1923. Lap. pararett. d. Appendicectomia. Blocco aderenziale cieco appendicolare epiploico. Ascesso a tipo ileo-inguinale. Il cieco presenta nelle sue faccie sup. e lat. est. due ulceri della grandezza di due centesimi e che mettono in libertà due grossi calcoli fecali. Si ha perciò una fistola stercoracea che si chiude rapidamente. Il paziente esce il 23 marzo 1923 guarito.

5) T. Guerrino, di anni 30, di Castelnuovo dei Sabbioni. Appendicite acuta con peritonite circoscritta. 1° attacco 3ª giornata. Temp. 38, puls. 110
6 febbraio 1923. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale ileo-ciecale. Ascesso a tipo postero-parietale. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Drenaggio Esce il 20 marzo 1923 guarito.

6) P. Felice, di anni 54, di Cavriglia. Appendicite acuta. 1° attacco 3ª giornata.
19 febbraio 1923. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale ileo-epiploico. Ascesso a tipo inguinale. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Drenaggio. Esce il 25 marzo 1923 guarito.

7) M. Guido, di anni 35, di S. Giovanni Valdarno. Appendicite acuta con peritonite circoscritta. 1° attacco 3ª giornata.
3 marzo 1923. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale ileo-cieco-epiploico. Ascesso a tipo postero-parietale. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Drenaggio. Esce il 25 marzo 1923 guarito.

8) G. Giuseppe, di anni 30, di Cagliari. Appendicite acuta. 1° attacco da 56 ore.
13 maggio 1923. Lap. pararett. d. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Sutura. Esce il 31 maggio 1923 guarito.

9) P. Guido, di anni 12 di Loro Ciuffenna. Appendicite acuta. 1° attacco. 4ª giornata.
5 giugno 1923. Lap. pararett. d. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Sutura. Esce il 23 giugno 1923 guarito.

10) B. Tommaso, di anni 9, di S. Giovanni Valdarno. Appendicite acuta. 2° attacco. Inizio 3ª giornata.

29 maggio 1923. Lap. pararett. d. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Sutura. L'appendicite, in procinto di perforarsi, è ripiena di pus. Esce il 9 giugno 1923 guarito.

11) M. Gino, di anni 24, di S. Giovanni Valdarno. Appendicite acuta con peritonite circoscritta. 1° attacco 3ª giornata. Temp. 38, puls. 100.
26 gennaio 1924. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale epiploico. Appendicectomia. Ascesso a tipo postero-parietale. Lavaggio con etere. Drenaggio. Esce il 12 febbraio 1924 guarito.

12) S. Felice, di anni 27, di Loro Ciuffenna. Appendicite acuta con peritonite circoscritta. 1° attacco. 8ª giornata. Temp. 39, puls. 110.
9 maggio 1924. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale ileo-epiploico. Ascesso a tipo postero-parietale. La ricerca dell'appendicite è negativa, ma l'attento esame del fondo ciecale si mostra libero. Dal pus fuoriescono numerosi detriti necrotici. Ampia toilette della cavità ascessuale. Lavaggio con etere. Drenaggio. Esce il 10 giugno 1925 guarito.

13) R. Pasqualino, di anni 25, di S. Giovanni Valdarno. Appendicite acuta. 1° attacco. 15ª giornata.
14 giugno 1924. Lap. pararett. d. Appendicectomia. Sutura. Esce il 5 luglio 1924 guarito.

14) R. Virgilio, di anni 14, di Terranova Bracciolini. Appendicite acuta. 1° attacco 3ª giornata.
17 giugno 1924. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale epiploico. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Sutura. Esce il 3 luglio 1924 guarito.

15) G. Gino, di anni 17, di Meleto. Appendicite acuta con peritonite circoscritta. 1° attacco 9ª giornata. Temp. 39.
30 agosto 1924. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale cieco-epiploico. Ascesso a tipo ileo-inguinale. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Drenaggio. Esce il 30 settembre 1924 guarito.

16) C. Maria, di anni 60, di S. Giovanni Valdarno. Appendicite acuta con peritonite circoscritta. 1° attacco 5ª giornata. Temp. 37, puls. 104.
21 settembre 1924. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale cieco-appendicolare. Ascesso a tipo postero-parietale. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Sutura. Esce il 12 novembre 1924 guarita.

17) M. Enrico, di anni 37, di S. Giovanni Valdarno. Appendicite acuta. 1° attacco 3ª giornata.
23 dicembre 1924. Lap. mediana pararett. d. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Sutura. Esce il 20 gennaio 1925.

18) M. Luigi, di anni 24, di S. Giovanni Valdarno. Appendicite acuta con peritonite circoscritta. 1° attacco 3ª giornata. È il 3° di quattro fratelli.
27 giugno 1925. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale ileo-cieco-appendicolare. Ascesso a tipo ileo-inguinale. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Sutura. Esce il 27 luglio 1925 guarito.

19) B. Pietro, di anni 52, di S. Giovanni Valdarno. Appendicite acuta con peritonite diffusa.
26 maggio 1925. Lap. pararett. d. Blocco aderenziale cieco-appendicolare. Ascesso a tipo pelvico. Appendicectomia. Laparotomia paramediana sottombelicale sin. Lavaggio con etere. Drenaggio. Esce il 18 giugno 1925 guarito.

20) M. Alfredo, di anni 33, di S. Giovanni Valdarno. Appendicite acuta. 1° attacco 3ª giornata.
10 giugno 1925. Lap. pararett. d. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Sutura. Esce il 30 giugno 1925 guarito.

21) O. Antonio, di anni 30, di Cavriglia. Appendicite acuta. 1° attacco 4ª giornata.
17 giugno 1925. Lap. pararett. d. Appendicectomia. Lavaggio con etere. Sutura. Esce l'8 luglio 1925 guarito.

Dall'esame dei casi descritti apparisce che sono stati operati 21 casi di appendicite acuta con 21 casi di guarigione e con una media di degenza ospitaliera di 37 giornate. Di essi 12 appartengono alla 3ª giornata, 3 alla 4ª, 1 alla 5ª, 1 all'8ª, 2 alla 9ª, 1 alla 15ª, 1 alla 16ª.

Rientrano quindi tutti nel periodo intervallare descritto, ma più specialmente a quel periodo intermedio che dalla fine della fase iniziale, il cui termine viene stabilito nella 2ª giornata compresa, va, con limiti un po' indefiniti, alla 5ª, 6ª, 9ª giornata, periodo che per comprendere la fase più acuta della malattia e nel quale ancora non è decisa la incapsulazione dell'essudato, è giusto appunto il più discusso nei riguardi dell'intervento operatorio. Il perchè del maggior numero dei casi avuti in 3ª giornata, per quanto a prima vista sembri altrimenti, io credo si possa reputare un passo molto avanzato per il conseguimento dell'intervento sistematico che da anni il prof. Pietro Bastianelli va adottando e dati i numerosi degenti che si sono sparpagliati per le campagne guariti, si è andata formando bensì una certa coscienza chirurgica, sia nei medici, che negli ammalati, ma vi è rimasto ancora un certo qual senso temporeggiatore dovuto molto spesso all'ammalato che tarda a chiamare il medico, oppure al fatto che una volta chiamato ed ordinato il trasporto in Spedale, i famigliari attendono molto ben volentieri ancora « un poco », quel poco che il più delle volte basta perchè l'appendicite si perfori.

Uno dei casi fu operato in 4ª giornata con fatti gravissimi di peritonite diffusa e nel quale fu fatta una bilaparotomia per potere drenare meglio la cavità addominale. Di fistole stercoracee ne avemmo una sola, sviluppatasi bensì in 15ª giornata in seguito alla somministrazione di un purgante salino e che del resto all'uscita dello Spedale, dopo solo due mesi di degenza, era completamente chiusa. Per quanto poi, in base ai casi descritti non si possa dare un giudizio esatto nei riguardi dell'ernia laparotomica, tuttavia fino ad oggi non si è lamentata nessuna eventrazione e ciò per le ragioni di tecnica operativa che in seguito dirò.

Dall'esame della statistica riportata appare poi che in alcuni dei casi arrivati a noi in 3ª gior-

nata ed anche in 4ª, pur trovando l'appendicite arrossata e tumefatta ed in alcuni casi a pene di cane, quale controllo diagnostico, fu potuto richiudere subito l'addome diminuendo notevolmente con questo la degenza in Spedale del paziente. Da ciò scaturisce come illogico sia fare dell'appendicite acuta questione di ore rimandando per questo un atto operatorio che oltre a liberare il paziente dalla sua spada di Damocle, che pesa su tutti gli appendicitici, lo mette in condizioni di poter tornare ben presto alle sue occupazioni, mentre dall'altra parte fa vedere quanto variabile in questa forma sia il nesso tra sintomatologia clinica e lesione anatomo-patologica la quale ultima può essere gravissima pur trovandosi l'ammalato in quell'apparente e malefica calma che molte volte, a dire del Dieulafoy (les accalmies traitresses) è la causa della morte del paziente.

Non bisogna dimenticarsi che il focolaio appendicolare oltre che una potente sorgente infettiva è anche, e sopratutto, una grande fucina di tossine e che molte volte il fattore tossico prende il sopravvento sopra l'elemento infettivo. Niente di più logico quindi che di sopprimere, *quam primum*, in questi ammalati, non appena vengono da noi, il focolaio tossi-infezioso, unica e vera origine di tutto il male, affidando, giusta l'espressione del prof. Pietro Bastianelli, questi pazienti « ad un concetto sano chirurgico » che *ablata causa, tollitur effectus* e che in chirurgia perforatoria addominale è canone savissimo perchè pone peritoneo ed organismo nelle condizioni migliori per resistere e vincere, mentre i temporeggiatori affidano in sostanza « la vita dei loro appendicitici alle azioni terapeutiche troppo problematiche del ghiaccio e dell'oppio ».

***

Dalle brevi considerazioni ora fatte, se pur per il numero abbastanza relativo dei casi non si possa dedurre con definitiva conseguenza una percentuale del cento per cento di guarigioni, come del resto qui apparisce, tuttavia ci possiamo domandare che cosa sarebbe successo di questi portatori di quel terribile focolaio appendicolare, se invece dell'intervento sistematico ci si fosse tenuti in quella aspettativa, la quale benchè pronta per un futuro intervento si sarebbe tuttavia trovata di fronte ad un nemico sempre più agguerrito? Certamente alcuni casi sarebbero guariti da sè colla cura aspettante, mentre in altri si sarebbe dovuto intervenire più tardi quando all'aspettativa armata sarebbe stato concesso di muoversi sia perchè il focolaio non venne circoscritto, sia perchè le congiuntive si fecero itteriche, sia perchè le urine presentarono albumina. Quali le deduzioni? I primi, se pure indeboliti e fiaccati da una lunga degenza ospitaliera non si sarebbero ancora scaricati del pensiero che la loro appendice è ancora là, pronta ad esplodere con tutte le sue terribili conseguenze, e che prima o poi bisognerà levare; i secondi sarebbero andati incontro a delle incognite di riuscita molto ma molto maggiori poichè l'organismo, indebolito sempre più, avrebbe offerto minori resistenze e perchè il focolaio più esteso e più ricco di germi e di tossine avrebbe anch'esso offerto delle condizioni minori di resistenza. Senza pensare poi che in alcuni, secondo l'oculata esperienza del Dieulafoy unita a quella del mio maestro, si sarebbe raggiunto il raffreddamento definitivo del paziente in seguito a forme di peritonite serpeggiante oppure ad interessamento di visceri, quali il fegato, reni, ecc.

***

Certo che per agire in un addome dove c'è una raccolta purulenta e dove si svolge nella sua fase più acuta un processo tossi-infettivo, quale l'appendicolare, ne è richiesta una pratica chirurgica addominale non indifferente ed una tecnica perfetta. Bisogna agire con circospezione, con oculata intelligenza e bisogna far presto. Una questione importante è l'incisione cutanea. Il prof. Pietro Bastianelli esegue, salvo casi rari, l'incisione pararettale d. alla Kölliker il cui centro corrisponde al punto di mezzo della linea spino-ombelicale. Con essa si cade direttamente su quella che il Dieulafoy chiamò regione appendicolare e sul cieco che una volta afferrato non tarderà a metterci in evidenza il suo processo vermiforme. Una leggera posizione di fianco destro ed un accurato ed intelligente isolamento del campo operativo con compresse di flanella ci servirà per impedire una disseminazione di pus. Fatto questo, il prof. Bastianelli va subito alla ricerca dell'appendice che asporta « sempre e completamente », altro canone importantissimo poichè è ovvio che il lasciarla, oltre a non essere chirurgico, è volere lasciare in casa il nemico contro il quale siamo accorsi. Si è detto che molte volte è difficile il ritrovarla e che il suo isolamento importa il distacco di benefiche aderenze: ma anche qui è questione di tecnica e nei 21 casi riportati, solo una volta non fu potuta asportare perchè ridotta in brandelli necrotici nell'essudato e per rendersene convinti fu esaminato attentamente il fondo ciecale. Spugnato il pus con compresse di garza ed eseguita l'appendicectomia, il professore esegue un ampio lavaggio con etere che egli adopera sempre in qualunque inondazione purulenta dell'addome. Fatto questo, si passa al drenaggio nel quale, sopratutto, sta il se-

greto della buona riuscita dell'operazione e che deve essere praticato quindi con sommo criterio. Si tratta di isolare il focolaio appendicolare dalla grande cavità e di supplire con questo al distacco che abbiamo provocato delle aderenze non solo, ma di favorire l'escrezione dell'essudato peritoneale dei vari nascondigli. A tal uopo in questo Spedale si adoperano delle strisce di garza iodoformica e che si possono lasciare in sito per 2-3 giorni ed anche più a seconda della secrezione. Si passa ora alla sutura addominale che il mio maestro esegue sempre a strati per un 2/3 almeno dell'incisione laparotomica, avendo questa parziale chiusura dell'addome due ragioni: una « per impedire la perdita della pressione endoaddominale che favorisce lo schok post-operatorio », l'altra per prevenire una futura ernia laparotomica.

Cosa importantissima ora è quella della posizione che si deve dare all'ammalato. In tutti i trattati si leggono le posizioni del Fowler e del Küster, le quali se pur sono ottime per le forme di peritonite diffusa poichè obbediscono ad una legge di gravità, non così fanno quando ci si trovi in presenza della forma di peritonite circoscritta che è anche la più frequente. In queste forme il prof. Pietro Bastianelli usa mettere il malato in posizione di fianco laterale destro (Dressmann, Walther, Rotter) per due grandi vantaggi che egli stesso così spiega: *a)* funzionabilità immancabile del drenaggio per ragioni fisiche; *b)* accollamento delle anse intestinali sulla garza zaffante in modo che si ha come un diaframma di separazione fra la fossa ciecale e la rimanente cavità sierosa.

***

A consolidare poi maggiormente il titolo che ho voluto dare a questa memoria, mi è d'uopo riportarmi ad un lavoro del prof. Bastianelli apparso sulla Sezione chirurgica del *Policlinico* 1922.

In esso il mio maestro riportava una statistica di 248 operazioni di appendicite acuta, eseguite tutte « a caldo » nel suo Spedale di S. Giovanni Valdarno. Tra queste appariscono solo 6 decessi fra le dodici *peritoniti diffuse acute*: una media quindi del 2,40 % di morti che scende ancora molto in basso quando si pensi che nei casi operati appariscono dei casi gravissimi, a forma ipertossica, e che furono operati secondo la fase del Levars che i limiti della operabilità sono i segni certi dell'agonia (Francini).

Ai casi già pubblicati aggiungo ora questi altri 21 con 21 guarigioni, operati tutti dal prof. Pietro Bastianelli, e che fanno un complessivo di casi 260 con una percentuale di decessi del 2,23 %: *Facta loquuntur*. Contro tali cifre e contro tali risultati credo che ben poco si possa obbiettare, stando essi a dimostrare che la paura maggiore, qual'è quella della diffusione settica del peritoneo durante l'intervento, e per cui la maggior parte dei chirurghi preferisce l'aspettativa all'intervento, è ridotta ad una cosa dominabilissima poichè mai una volta nei casi riportati si ebbe a lamentare tale complicanza.

Isolare bene il campo operatorio e distaccare con abilità tecnica il blocco aderenziale, drenare con intelligenza sono i capisaldi di questo atto operativo che sistematicamente praticato avrà sempre esito vittorioso giusta l'espressione del Dieulafoy con un concetto allargato: « On ne doit mourir jamais d'appendicite ».

BIBLIOGRAFIA.

PIETRO BASTIANELLI. *Appendicectomia a qualunque stadio sia l'appendicite vera.* Policlinico, Sez. chir., 1922.
BIONDI. *Ulteriore contributo alla cura dell'appendicite e delle sue complicazioni.* Policlinico, Sez. prat., 1906.
BERARD e VIGNARD. *L'appendicite.* Masson, Paris 1914.
DIEULAFOY. Clinique Médicale de l'Hôtel Dieu de Paris. Masson.
FRANCINI. *L'appendicite.* Società ed. Libraria, 1911.
STREMMEL. *Quando si deve intervenire nell'appendicite.* New-York méd. Journal, 1904.

MEDICINA SOCIALE.

ISTITUTO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FISICA
DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

Per la lotta contro la tigna. (1)

Dott. OLINDO ALBERTI, primario radiologo.

Non è mio intendimento di soffermarmi qui sui dati tecnici, desiderando piuttosto considerare la questione dal punto di vista organizzativo, e richiamare l'attenzione sull'importanza che la lotta contro la tigna viene ad assumere sia dal punto di vista igienico-sanitario che da quello economico-sociale.

È infatti doloroso constatare come ancor oggi — dopo vari anni da che la Radiologia offerse alla Dermatologia, con la Röntgendepilazione temporanea, un mezzo tanto efficace, pratico, innocuo (in mani esperte) per la rapida e definitiva guarigione della tigna — non si sia ancor giunti a far scomparire del tutto quella brutta malattia, la quale continua invece in tante provincie a svilupparsi indisturbata.

Eppure, dato che i mezzi efficaci per la lotta esistono, il successo di questa non dovrebbe dipendere che da un saggio lavoro di organizzazione:

(1) Comunicaz. al VI Congr. della Soc. Ital. di Radiologia (Trieste, maggio 1925).

basterebbe all'uopo che tutti gli elementi interessati si impegnassero a portare volonterosamente il proprio contributo, per la parte che a ciascuno compete.

L'opera da svolgere dovrebbe, a mio parere, ridursi a questi tre punti:

1) riconoscimento e denuncia della malattia;
2) cura;
3) profilassi.

1) Spetta naturalmente ai medici il compito di riconoscere e segnalare i casi di tigna e avviarli alle cure opportune. E siccome la malattia è specialmente diffusa in quelle campagne ove meno sono penetrate igiene e civiltà, così sono in particolar modo i medici condotti che possono e devono — prestando volonterosamente l'opera propria — diventare i principali artefici del buon successo della lotta. Essi, per ragioni della loro professione, conoscono, si può dire, tutte le famiglie, entrano in tutte le case e così riesce loro facile segnalare i malati di tigna, anche se non direttamente sottoposti alla loro visita. I casi di sicura diagnosi potranno così essere inviati direttamente alle opportune cure, i casi incerti mandati invece al dermatologo per l'accertamento diagnostico.

Un punto praticamente importante è quello della denuncia dei casi di tigna, denuncia che purtroppo oggi, o per ignoranza delle vigenti disposizioni o per negligenza o per quieto vivere, non vien fatta quasi mai. Eppure essa costituisce un elemento indispensabile e preliminare che, fornendoci utili cognizioni statistiche, servirà di base alle direttive generali della lotta contro la malattia.

Esiste in proposito un Decreto Ministeriale, in data 15 ottobre 1923, che stabilisce:

« Art. 1. È obbligatoria per i medici la denuncia delle seguenti malattie infettive: *a*)... *b*)... *h*) le *tigne* e le *scabbie*, nei casi riscontrati nei lavoratori delle risaie e in genere *nelle collettività* ».

E più avanti in un 2° art., viene meglio precisato l'obbligo della denuncia di dette malattie (tigne, scabbia, ecc.), quando vengano riscontrate « nelle persone che a qualunque titolo frequentano gli Asili infantili, le Scuole primarie e medie, quelle ad esse assimilate ed in genere ogni istituto di istruzione, sia pubblico sia privato ».

Esistono dunque precise disposizioni di legge le quali — pur non imponendo l'obbligo della denuncia in ogni caso di tigna comunque riscontrato — possono considerarsi praticamente sufficienti perchè trattandosi ordinariamente di ragazzi, si può pensare che la quasi totalità di essi passi sotto il controllo delle scuole. Ad ogni modo, interpretando la legge un po' largamente, ogni caso di tigna può ritenersi denunciabile, inquantochè ogni individuo può, in ultima analisi, venir considerato (specialmente nella intensa e complessa vita odierna) come elemento facente parte di una collettività.

Ecco quanto ben giustamente scrive in proposito il dott. U. A. Betti (1) distinto Direttore dell'Ospedale Civile di Brescia, richiamando l'attenzione dei medici sulla denuncia delle malattie infettive in genere e delle tigne in ispecie, « denuncia che costituisce oltrechè un dovere inerente all'esercizio della professione, anche uno strettissimo dovere civile, troppo spesso e troppo leggermente trascurato ». Egli dice: « ... in questa materia la legge, anzichè con delle restrizioni mentali, deve da noi medici essere interpretata ed applicata con grande larghezza di vedute, specialmente nei riguardi del valore esteriore da attribuirsi alla parola *collettività* espressa nel citato Decreto Ministeriale. Infatti le caratteristiche della vita quotidiana odierna, e i contatti che le persone rinnovano centinaia di volte nella stessa giornata, fanno sì che, agli effetti della profilassi delle malattie infettive e specialmente di alcune, ogni uomo debba oggi considerarsi come facente parte di una collettività, per la quale muova l'obbligo della denuncia ».

Le disposizioni legali riguardanti la denuncia delle tigne sono dunque praticamente sufficienti. Spetta alle competenti autorità sorvegliarne ed esigerne la severa applicazione.

Non però dallo stimolo delle superiori autorità saranno spinti i medici a prestare in questo campo l'efficace opera propria: basterà all'uopo che si formi in essi la convinzione della bontà della causa e della pratica utilità della lotta. E ciò avverrà inevitabilmente, quando essi siano resi edotti, mediante circolari od opportune ripetute pubblicazioni sulla stampa medica, dei nuovi procedimenti curativi e quando comincino a vederne praticamente i primi favorevoli risultati.

La popolazione stessa poi, dal canto suo, ammaestrata dagli esempi, anzichè sfuggire alla sorveglianza del medico e ostacolarne l'opera finirà col tempo coll'andargli incontro, rendendone più facile il compito.

2) Segnalati i casi di malattia, si deve provvedere alla *cura*, alla quale attenderanno, in stretta collaborazione, dermatologo e radiologo.

Al *dermatologo* spettano l'accertamento diagnostico (eventualmente mediante esame microscopico

(1) BETTI U. A. *La denuncia delle malattie infettive.* La Vita: Organo della Società Bresciana d'Igiene, a. XXXXIV, 1925, fasc. 3.

del pelo), la preparazione del malato (risoluzione di eventuali fatti flogistici mediante opportune applicazioni locali, ecc.) e la cura medicamentosa a depilazione avvenuta.

Al *radiologo* la esecuzione e la responsabilità delle applicazioni Röntgen, con tutti gli accorgimenti atti a somministrare e distribuire la dose di raggi necessaria e sufficiente per ottenere la completa depilazione temporanea senza spiacevoli inconvenienti.

I vantaggi offerti dalla cura delle tigne mediante Röntgendepilazione sono tali e tanti che non dovrebbe riuscir difficile al medico di convincere i familiari a mandare i malati alla cura. Basta pensare ai lunghissimi periodi di degenza in ospedale, ai quali erano precedentemente costretti i bambini tignosi, pur senza la sicurezza di una definitiva guarigione; alle lunghe forzate assenze dalla scuola; al disagio fisico e morale dei malati, sfuggiti da tutti, per comprendere come debba dalle famiglie venir considerata come una liberazione la prospettiva di una rapida guarigione.

Per le famiglie disagiate, fra le quali purtroppo è maggiormente diffusa la malattia, e che non possono provvedere con mezzi propri alla cura, penseranno i Comuni a sostenere le spese. Del resto, se ben si considera, la cosa si risolve in un forte vantaggio per le finanze comunali, che vedono ridotte a cifre trascurabili le spese per tali prestazioni, a confronto di quelle precedentemente sostenute per le lunghissime degenze in ospedale di tali malati.

Teoricamente non dovrebbe dunque esser difficile indurre alla cura tutti i casi di tigna segnalati. Ma talora ci si trova a che fare, in pratica, con famiglie così zotiche ed ignoranti, che a nulla vale la persuasione.

È possibile in tali casi la coercizione? Ciò dovrebbe essere, in omaggio all'antica massima « Salus publica suprema lex ». Ma così non è in realtà perchè non esiste una disposizione di legge che possa costringere un malato ad una determinata cura. È una vecchia questione, già discussa — e non risolta — a proposito di altre malattie: per esempio (se ben ricordo) a proposito di lotta antivenerea.

Ma anche se tale coercizione non è possibile direttamente, lo diventa indirettamente quando siano messe in pratica severamente le norme restrittive della libertà, già esistenti a carico dei malati di tigna: esclusione dalle scuole, dai luoghi pubblici e in genere da ogni collettività. In tal modo anche i più restii si adatterebbero, e più rapidamente e più sicuramente si giungerebbe alla completa scomparsa della malattia.

3) *Profilassi.* Anche su questo punto l'opera più efficace sarà svolta dai medici e specialmente da quelli condotti.

Una volta rilevata la presenza di qualche caso di tigna essi si accerteranno se non ne esistano altri nella stessa famiglia o nello stesso caseggiato, in modo che la cura possa venir eseguita contemporaneamente per tutti i malati dello stesso gruppo (sicchè uno già curato non abbia a reinfettarsi poi a contatto di uno non curato). Quando esistano in una famiglia diversi fratelli, di cui qualcuno affetto, sarà misura prudenziale sottoporli tutti alla cura, o almeno tenerli in stretta osservazione.

Bisognerà che un malato già curato non abbia a reinfettarsi coi suoi stessi effetti personali (berretti, federe di cuscini, ecc.), che dovranno perciò venir disinfettati, specie quando sia già avvenuta la depilazione.

Saran poi da applicarsi naturalmente tutte le altre norme profilattiche di carattere generale; isolamento relativo di ogni malato fin che si trovi in condizioni di infettare, istruzioni speciali alle famiglie, divulgazione delle principali caratteristiche della malattia, dei suoi danni e della necessità da parte di tutti di segnalare i casi sospetti, ecc.

* * *

Riepilogando, gli elementi che — insieme ben coordinati — dovrebbero, a mio parere, costituire l'organizzazione della lotta contro la tigna sono i seguenti:

1) autorità;
2) medici;
3) luoghi di cura;
4) propaganda fra la popolazione.

1) Alle *autorità* provinciali e comunali, amministrative e sanitarie, il compito di vigilare e severamente esigere la diligente e completa applicazione delle norme riguardanti la denuncia e le misure profilattiche e provvedere per la cura.

2) I *medici* costituiscono, come si è detto, gli strumenti più efficaci della lotta, provvedendo essi alla scoperta e denuncia dei casi di malattia, all'invio negli adatti luoghi di cura, alla sorveglianza del trattamento curativo post-depilatorio a domicilio, alla disinfezione degli effetti personali e alla applicazione di tutte le norme profilattiche del caso.

3) *Luoghi di cura*: ove possibilmente si abbia la collaborazione fra dermatologo e radiologo e ove esista adatto strumentario radiologico.

4) *Propaganda* fra la popolazione, svolta da opportuni articoli di volgarizzazione a mezzo della stampa, e interessando direttamente tutte quelle

categorie di persone che possano in qualche modo portare il loro contributo con opportuni consigli e segnalando casi sospetti, e cioè, come già è stato accennato: maestri, parroci, farmacisti, levatrici, barbieri, ecc. Inoltre cartelli murali, con poche frasi significative, potrebbero venire esposti in luoghi pubblici (scuole, farmacie, barbieri, ecc.).

Seguendo i criteri suaccennati si è riusciti a dar vita in provincia di Brescia ad una attiva ed efficace lotta contro la tigna, mercè specialmente il fervido interessamento del Direttore dell'Ospedale Civile dottor Betti, e la coordinata azione delle autorità sanitarie provinciali, della illuminata Amministrazione Ospedaliera e delle Amministrazioni comunali, che diedero con slancio il loro appoggio e la loro valida collaborazione.

Il distinto medico provinciale, dott. Nicolais, cominciò col diramare una circolare ai medici, richiamando la loro attenzione sulla necessità che il Dec. Min. relativo alla denuncia della tigna sia rigorosamente osservato.

Altra circolare venne mandata ai medici allo scopo di far loro conoscere il procedimento della cura della tigna mediante Röntgendepilazione, dimostrando contemporaneamente la grande importanza igienico-sociale della lotta e sollecitandone la preziosa collaborazione.

La Commissione amministrativa dello Spedale Civile entrò in rapporto con le Autorità comunali per spiegare le nuove modalità curative e far rilevare, oltre al fattore igienico e morale, la forte economia realizzabile sulle ingenti spese fino allora sostenute per le lunghissime degenze dei tignosi in ospedale. Per la grandissima parte i Comuni risposero prontamente accettando ben volentieri la nuova condizione di cose.

Fu dato sviluppo alla propaganda fra la popolazione, specialmente per mezzo di articoli sui giornali politici e sull'Organo della locale Società di Igiene (1).

Già appaiono intanto confortanti i frutti della lotta intrapresa. I medici si son messi a far denuncie di tigna ed inviano alla cura: per i malati poveri i Comuni, mano mano che ricevono denuncia dai propri medici, segnalano i nuovi casi alla Direzione dello Spedale la quale, sentito il radiologo, fissa ai Comuni stessi il giorno e l'ora in cui dovran presentarsi allo Spedale i malati per la depilazione. Essi non restano perciò degenti, ma nella giornata stessa in cui si presentano subiscono l'accertamento diagnostico e le applicazioni Röntgen. I successivi trattamenti vengono fatti presso le famiglie, secondo istruzioni date al medico locale.

Il malato viene soltanto ripresentato ad intervalli, specialmente per il controllo della caduta e della ricrescita dei peli. In qualche caso, quando proprio la famiglia non dia sufficiente affidamento della applicazione, benchè facile delle norme curative, il malato vien tenuto in Ospedale: ma la sua degenza è sempre ad ogni modo ben più breve di quanto avvenisse in precedenza.

I risultati finora ottenuti sono buoni e sempre van facendosi migliori, anche perchè i casi che tornano guariti ai loro vari paesi costituiscono la più dimostrativa ed efficace propaganda fra la popolazione.

Non è dunque infondata la speranza che, persistendo nella lotta e perfezionando la già efficace organizzazione, si abbia in un tempo non lontano a far scomparire completamente la tigna dalla provincia di Brescia. Il che sarà titolo di viva soddisfazione e di sano orgoglio per quanti avranno con fede e tenacia sostenuta la lotta.

Quanto è stato fin qui esposto non è però fine a sè stesso; chè anzi ha principalmente per iscopo di mostrare quel che possa ottenersi con un po' di tenacia e di buona volontà, e quanto sarebbe utile che in ogni zona sorgesse, allo stesso fine, una efficiente organizzazione.

Di ciò si facciano promotori i radiologi stessi! Alla Radiologia spetta il merito di avere offerto un mezzo mirabile per combattere vittoriosamente le tigne: non sembri quindi fuor di luogo che dai radiologi parta ancora una voce perchè dall'impiego largo ed efficace di quel mezzo venga tratto tutto quel bene che alla Società può e deve derivarne.

I radiologi abbiano buoni alleati i dermatologi e le autorità sanitarie, che non potranno rimanere insensibili all'appello! E le varie Società Mediche — di Dermatologia, d'Igiene, di Radiologia — assecondino e appoggino il movimento!

Perchè non si deve poter arrivare, per esempio, ad avere per ogni Provincia una specie di Commissione, che studi ed organizzi e metta in pratica — seriamente — i mezzi atti a combattere vittoriosamente la lotta? Tanto meglio poi se questa verrà regolata e diretta da un Ente centrale, che coordini l'azione delle varie provincie.

Il successo non è questione che di volontà e la mira è buona: far scomparire in pochi anni dall'Italia una malattia, che è oggi un'offesa all'igiene, alla civiltà, alla dignità umana.

(1) Betti U. A. Loco citato. — *Contro la tigna. Come la pellagra, anche la tigna deve sparire dalla nostra provincia.* La Vita, a. XLIV, fasc. 3.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Un apparecchio nuovo per pneumotorace artificiale.

Prof. S. PISANI
medico primario e direttore dell'Ospedale Civile di Aquila.

Ho intrapreso lo studio di questo nuovo tipo di apparecchio con due scopi essenzialmente pratici: *la massima efficenza ed il minimo volume*, e credo che il dispositivo attuale corrisponda perfettamente alle finalità che mi ero prefisso.

Il mio apparecchio ha infatti dimensioni che raggiungono appena la metà di quelle del *Forlanini* ordinario ed ha una efficienza illimitata.

Ciò è stato ottenuto con una innovazione di congegno che è la caratteristica essenziale dell'apparecchio: *il caricamento continuo ed automatico*.

Ecco in poche parole la descrizione ed il funzionamento di questo mio apparecchio:

DESCRIZIONE DELL'APPARECCHIO.

Come dimostra la Fig. 1 l'apparecchio è costituito da due cilindri di vetro graduali (A e B) della capacità di 250 cmc. cadauno, riuniti fra loro in basso da una branca ad U ed in alto da due tubi orizzontali, di cui quello inferiore porta l'innesto (C) per il tubo da insufflazione e quello inferiore porta l'innesto per il manometro, sulla cui branca anteriore è direttamente innestato il tubo porta-aghi (D). Due rubinetti a tre vie (E ed F), intercalati fra i due cilindri e le due branche orizzontali, permettono di utilizzare indifferentemente l'uno o l'altro cilindro sia come serbatoio di carico che come serbatoio di scarico, e consentono di mettere in funzione il manometro sia quando è in diretta ed esclusiva comunicazione col cavo pleurico, sia quando è in collegamento tanto con la cavità pleurale, che col cilindro di scarico.

FUNZIONAMENTO DELL'APPARECCHIO.

1° tempo. Preparazione dell'apparecchio (1).

Disinfettato l'apparecchio con soluzione di sublimato e riempito il manometro fino al segno O, si mette il rubinetto E in posizione verticale (⊣) quello F in posizione orizzontale (T) e mediante l'imbuto I introdotto nella branca C si livellano i due cilindri fino al segno 125, con soluzione di sublimato all'1/000.

2° tempo. Caricamento dell'apparecchio.

Si collega la branca C con una pera di Richardson, intercalando la *valvola* V ed il *filtro* di cotone sterile E (1), e si innesta sulla branca D il tubo di gomma porta-aghi.

(1) Il primo ed il secondo tempo servono una volta per sempre.

Ciò fatto si insuffla aria (filtrata) nel tubo A fino a che il livello del sublimato sia disceso al segno O. Il cilindro A contiene allora per metà aria filtrata e per metà aria comune, mentre il cilindro B si è riempito tutto di sublimato.

A questo punto si mette il rubinetto E in posizione di riposo (⋎), quello F in posizione verticale (⊣) e, messo il rubinetto E in posizione orizzontale (T) si riprende la insufflazione di aria fino a che il livello del sublimato sia disceso in B dal segno 250 a O: il cilindro B è così riempito *in toto* di aria filtrata.

Si mettono i due rubinetti E ed F in posizione di riposo (⋎⋌) e l'apparecchio è senz'altro pronto per l'uso.

3° tempo. Messa in funzione dell'apparecchio.

Si prepara il malato, si innesta l'ago e si punge la pleura. Appena le oscillazioni del manometro indicano che siamo entrati nel cavo pleurico (2) si mette il rubinetto E in posizione verticale (⊣), quello F in posizione orizzontale (T) e si apre la valvola V; il sublimato allora comincia a scendere lentamente dal cilindro A e risalendo nel cilindro B manda nella pleura un quantitativo di aria filtrata pari allo spostamento che la colonna liquida di A viene a subire sia per gravità che per attiva aspirazione della pleura (3).

Intanto il manometro continua a segnare, per quanto un po' ridotte, le oscillazioni della pressione endopleurica.

Quando la discesa della colonna liquida di A si è arrestata, si chiude la valvola V e si legge la pressione *integrale* della pleura, mettendo i rubinetti E ed F in posizione di riposo (⋏⋌) (4).

---

(1) Questo dispositivo serve allorquando si adopera l'aria filtrata. Se invece si adopera l'azoto si sostituisce alla pera del Richardson la bombola di azoto.

(2) Nel caso che il manometro desse oscillazioni troppo ampie, sopratutto in senso negativo, conviene ridurle per evitare che il liquido del manometro possa entrare nel tubo porta-aghi. Ciò si ottiene molto facilmente mettendo immediatamente il rubinetto F (rubinetto del cilindro di scarico) in posizione orizzontale (T), oppure aprendo la valvola che conviene inserire a metà del tubo porta-ago.

(3) La gravità e l'aspirazione della pleura portano in genere il livello del cilindro di scarico da 0 a 160 e non oltre, anche perchè il filtro *fà da freno*.

(4) Le oscillazioni date dal manometro durante la introduzione sono più che sufficienti a darci un indice della pressione endopleurica, però è sempre preferibile leggere la pressione pleurica integrale isolando il manometro dai due cilindri e dalla pera di insufflazione e cioè mettendo i rubinetti in posizione di riposo.

Se si vuol continuare la introduzione di aria, si mette allora in funzione il Richardson insufflando (1) aria filtrata in A fino a che la colonna liquida di B abbia raggiunto il segno 250: Sono così passati nel cavo pleurico 250 cmc. di aria filtrata.

Si rimettono i rubinetti in posizione di riposo e si fa una nuova lettura della pressione integrale endo-pleurica.

Fig. 1.

Fig. 2.

Se la pressione non è ancora sufficiente, si mette il rubinetto E in posizione orizzontale (T), quello F in posizione verticale (⊢) e si apre la valvola V: la colonna liquida di B comincerà

(1) La insufflazione deve essere fatta lentamente anche per non provocare un troppo forte dislivello nel manometro e per non sopprimere le oscillazioni manometriche che la pleura dà durante tutta la introduzione.

a scendere e scenderà fino a che la gravità sua e l'aspirazione della pleura lo consentiranno.

Cessata la discesa della colonna liquida e volendo proseguire ancora nella introduzione, si chiude la valvola V e si rimette in funzione il Richardson.

Quando la colonna liquida in A ha raggiunto il segno 250 saranno stati introdotti nella pleura 500 cmc. di aria filtrata.

Qualora anche dopo 500 cmc. la pressione non sia quella voluta, si continuerà la insufflazione fino alla cifra che si desidera, ripetendo le manovre precedenti.

Raggiunta la pressione desiderata, si lasciano i rubinetti in posizione di riposo, e si toglie l'ago. *L'apparecchio è senz'altro pronto per le successive introduzioni*, per le quali converrà naturalmente utilizzare come cilindro di scarico quello che contiene una maggiore quantità di aria, affinchè la prima parte della introduzione si effettui per semplice gravità e per aspirazione pleurica.

*
* *

Tutte queste manovre che possono sembrare lunghe e complicate, in pratica sono invece di una estrema semplicità.

Per il funzionamento dell'apparecchio basta tener presente queste due regole fondamentali:

A) Al principio ed alla fine della introduzione i due rubinetti devono stare in posizione di riposo (≻≺) acciocchè il manometro dia il massimo di oscillazioni;

B) Durante l'introduzione il rubinetto che corrisponde al cilindro di carico (via Richardson) deve essere in posizione verticale, quello che corrisponde al cilindro di scarico (via pleura) deve essere in posizione orizzontale.

L'apparecchio viene costruito secondo due tipi, uno dei quali tutto in vetro, l'altro con raccordi di gomma per maggiore praticità ed economia.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

Dell'importanza di una diagnosi corretta nelle affezioni della vescichetta biliare.

(M. EINHORN. *La Presse méd.*, n. 104, 1925, p. 1716).

L'A. discutendo sul valore della prova di Meltzer-Lyon ricorda in una prima parte dell'articolo i varii mezzi di diagnosi delle affezioni delle vie biliari, facendo rilevare l'importanza dell'esame diretto della bile, ottenuta con il sondaggio duodenale.

Ed all'uopo cita due casi di colecistite, in uno cronica ed in un altro calcolosa, in cui l'unica guida utile alla diagnosi ed all'intervento fu rappresentata dal reperto della bile ottenuto senza somministrazione di solfato di magnesio o di altre sostanze. Anzi nel primo caso non vi erano alterazioni macroscopiche della parete della cistifellea, visibili all'atto operatorio, nè vi erano aderenze e solo l'esame istologico della parete cistica rilevò l'esistenza di una colecistite cronica.

L'A. si chiede se è necessario di ricorrere alla tecnica di Lyon, ricavando la bile dopo iniezione di solfato di magnesio.

Secondo Lyon con tale tecnica la bile *A* di colore giallo-oro proverrebbe dal coledoco, la bile *B* di colore bruno-scuro proverrebbe dalla cistifellea, la bile *C* di colore giallo-chiaro dall'epatico. Lyon suppone che la bile *B* si ha in seguito alla somministrazione diretta nel duodeno del solfato di magnesio per rilasciamento dello sfintere di Oddi.

Einhorn è d'opinione che la causa di questi differenti colori è dovuta all'azione dei diversi prodotti della cellula epatica perchè:

1) i cambiamenti di colore della bile ottenuta con l'istillazione di solfato di magnesio sono graduali. Il passaggio dal colore bruno-scuro al giallo-chiaro si fa progressivamente e non bruscamente;

2) ripetendo l'istillazione dopo il primo vuotamento della vescichetta biliare si producono le medesime variazioni di colore della bile ottenuta in seguito alla prima istillazione;

3) in concentrazione di soluzione di solfato magnesio più bassa (al 15 %) di quella suggerita da Lyon (25 %) si ha un colore meno intensamente oscuro, non spiegabile con il semplice vuotamento della cistifellea;

4) il peso specifico della bile oscura ottenuta col metodo di Lyon varia secondo le sostanze istillate: con l'istillazione di peptone, sebbene si ottenga bile ugualmente oscura a quella ottenuta

con solfato di magnesio, si ha densità meno alta. Se invece il sangue provenisse dalla cistifellea tali variazioni del peso specifico non esisterebbero;

5) gli ammalati ai quali fu tolta la vescichetta biliare presentano ugualmente le variazioni di colore della bile;

6) in alcuni ammalati nei quali si ebbe una netta e distinta reazione, l'operazione dimostrò l'obliterazione del cistico, mentre la cistifellea era riempita di pus viscoso, grigiastro o di muco. In questi casi la bile scura ottenuta col metodo di Lyon non poteva provenire dalla cistifellea.

Einhorn conclude che la bile deve essere dunque esaminata in tutte le affezioni del fegato e della cistifellea come l'urina è esaminata nelle affezioni dei reni, e deve essere ottenuta con semplice sondaggio duodenale senza istillazione preventiva.

Il lavaggio del duodeno e le istillazioni con il solfato di magnesio o con altre sostanze, saranno riservati a scopi terapeutici per le vie biliari.

JURA.

La colemia post-anestesica.

(A. SCATURRO. *Tesi di laurea* - Roma).

I lavori fin ad oggi comparsi sulla colemia dopo le anestesie riguardano soltanto le narcosi generali (eterea, cloroformica, mista).

L'A. ha fatto ricerche di controllo a questo riguardo e ricerche originali sulla colemia dopo la rachianestesia e l'anestesia locale. Queste ultime ricerche riguardano anestesie eseguite con la « Tutocaina » in soluzione al 2 % per la rachianestesia, al 0.20 % per l'anestesia da infiltrazione.

La tecnica adoperata è la seguente. La mattina precedente all'atto operativo venivano prelevati dal malato, a digiuno, 3 cmc. di sangue, che si faceva sierificare in termostato a 37° per due ore. Nel siero si ricercava la bilirubina con la reazione diazoica indiretta; il dosaggio quantitativo veniva fatto col metodo colorimetrico (colorimetro di Hellige). Contemporaneamente si praticava l'analisi completa delle urine ricercandovi in special modo i pigmenti biliari, l'urobilina e i sali biliari. Entro le prime quattro ore dall'atto operativo si prelevava nuovamente il sangue di cui si esaminava il siero nel modo anzidetto e si rifaceva l'analisi completa delle prime urine emesse dopo l'operazione. Dopo sette giorni si ripeteva la ricerca della bilirubina nel siero e l'analisi delle urine.

L'A. non ha potuto confermare l'esistenza di una bilirubinemia fisiologica costante ammessa da alcuni autori (Gilbert, Herscher, Posternak, Van den Bergh, Lephène, Sabatini, ecc.) ma ha potuto accertare i seguenti fatti:

Dopo qualsiasi forma di anestesia si ha un aumento del tasso di bilirubina presente nel sangue prima dell'anestesia o la comparsa di bilirubina nel sangue nei casi in cui prima dell'anestesia non si ha una bilirubinemia evidente.

Questa colemìa post-anestesica si accompagna al passaggio di composti biliari nelle urine in cui (nella quasi totalità dei casi) si riscontrano i sali biliari e assieme a questi, in ordine di frequenza: urobilina, urobilina e pigmenti biliari, pigmenti biliari.

La colemìa post-anestesica ha una durata variabile: dopo il settimo giorno dell'anestesia alcune volte scompare, il più delle volte perdura, ma con intensità molto diminuita.

La colemìa post-anestesica ha una intensità variabile a seconda degli individui e non è in rapporto con la quantità di anestetico adoperata.

Dopo la rachianestesia e l'anestesia locale la colemìa è meno intensa che dopo le narcosi generali.

La colemìa post-anestesica è dovuta ad una insufficienza epatica transitoria determinata dall'azione tossica esercitata dagli anestetici sulle cellule epatiche ed è inibita parzialmente dalla adrenalina.

A. POZZI.

La chirurgia attuale dell'ascesso amebico del fegato.

(PAPIN. *Paris médical*, n. 20, 1925, pag. 445).

L'ascesso epatico non è che una localizzazione secondaria di una malattia più generale, l'amebiasi.

L'ameba, invadendo il parenchima epatico, crea l'epatite amebica la quale può essere acuta, subacuta, cronica e abortiva; ora l'ascesso non è che un episodio della amebiasi epatica, ed è così che il chirurgo deve considerarlo.

Diagnosticata l'amebiasi, per accertarsi della presenza dell'ascesso nel fegato più che i mezzi clinici serve la puntura esplorativa: per i medici tropicali « il trequarti rappresenta lo stetoscopio ».

Sede dell'ascesso. Oltre il grosso ascesso al lobo destro vi sono parecchi casi di ascessi multipli, e di ascessi al lobo sinistro. I raggi X sono indicati per quello della faccia superiore del fegato.

Trattamento chirurgico. La diagnosi comporta sempre l'intervento chirurgico. È difficile formulare in presenza di un ascesso, una linea precisa di condotta. Infatti sono citati molti casi guariti con la sola emetina accanto ad altri che ebbero bisogno dell'intervento chirurgico.

Vi sono dei casi in cui la diagnosi di ascesso è incerta poichè anche la puntura esplorativa

riesce negativa. Ora in questi casi noi facciamo il trattamento con l'emetina; se, malgrado questa, i sintomi di ascesso si fanno sempre più manifesti noi interveniamo chirurgicamente.

Casi in cui l'intervento sembra imporsi d'emblée:

a) Quando il volume del fegato e l'importanza della tumefazione sono tali da determinare accidenti respiratori e minaccia di asfissia, disturbi circolatori.

S'impone l'intervento pure in certi casi di affezioni acute.

« Miginai ha operato un caso di urgenza, in cui vi erano gravi sintomi di asfissia, con anestesia locale di cloruro d'etile ».

b) Nei casi in cui la puntura esplorativa apporta abbondante pus. Allora è semplice fare l'incisione lungo il trequarti; oppure fare una puntura evacuatrice, e non è consigliabile attenersi alla sola emetina.

Ad ogni modo quando ci si attiene all'emetina noi non lo possiamo fare che dopo l'esame batteriologico del pus. Quando il pus puramente ametico è asettico e si aggiungono piogeni volgari ed anaerobi, l'emetina è insufficiente.

Riassumendo l'intervento chirurgico conserva un posto d'onore nei casi d'emblée (forme acute, voluminose, con sintomi opprimenti, associazioni batteriche) e nei casi in cui l'emetina è insufficiente.

Però l'emetina (o l'arsenico-bismuto) deve restare sempre il trattamento fondamentale.

Tecnica dell'intervento: vi sono due maniere: l'incisione larga dell'ascesso e la puntura evacuatrice

1) *Incisione larga.* Si fa seguendo la sede oppure il punto in cui l'ascesso sporge, cioè la via addominale o la toracica.

A) Via addominale. Il malato è messo in posizione semi-seduta e l'incisione migliore è quella obliqua sotto-cartilaginea, abbastanza lunga. L'incisione può essere prolungata sia verso il lobo sinistro che verso l'esterno. Se è necessario si fa la resezione del bordo cartilagineo secondo il processo di Bacuriot. La cavità peritoneale può essere obliterata da aderenze e allora non preoccupa, però quando ciò non si verifica essa deve essere protetta con compresse o isolata con una epiploplastica con il colon trasverso. La puntura esplorativa precede sempre il taglio.

B) Via toracica. Si chiama pure transpleurodiaframmatica, poichè dopo la resezione costale, si attraversa la pleura prima di incidere il diaframma.

Però la cavità pleurica è quasi sempre obliterata. L'apertura costale e la diaframmatica devono essere abbastanza ampie.

Quando il pus è asettico si può suturare per prima.

L'anestesia.

2. *Puntura evacuatrice.* Si fa con apparecchio Potaine, però, essendo il pus denso, bisogna avere a disposizione molti aghi e molti trequarti.

Dopo l'evacuazione del pus sembra preferibile trattare l'ammalato con emetina e bismuto per bocca, a larghe dosi.

I chirurgi inglesi iniettano nella sacca 6-10 centigrammi di emetina in 30-40 cmc. di acqua.

Dunque la puntura in certi casi accoppiata all'emetina è un mezzo prezioso come per es. negli ascessi recenti e in quelli in cui il pus è asettico.

L'incisione larga viene invece indicata: nelle forme acute, in quelle con associazioni batteriche, nelle raccolte voluminose con sintomi eclatanti, infine quando l'ascesso è nel lobo sinistro (che si presta male alla puntura).

Risultati. Il solo trattamento chirurgico dava una mortalità del 50 %; quello attuale ne dà una del 20 %. Vi sono casi guariti con la sola emetina, casi che in secondo tempo ebbero bisogno del trattamento chirurgico perchè recidivarono, o perchè non regredirono.

Conclusioni. Si può concludere che i nuovi trattamenti medici faranno diventare sempre più raro l'ascesso; e che l'epatite abortiva diverrà la regola.

L'intervento chirurgico è destinato ad effettuarsi solo in determinate circostanze.

T. LAURENTI.

CUORE E VASI.

Reviviscenza del cuore in seguito a sincope anestesica, mediante iniezione intracardiaca di adrenalina.

(E. ASTERIADES. *La Presse méd.*, n. 38, p. 625, 1925).

È stato riconosciuto tra la morte apparente del cuore e la morte reale un lasso di tempo di 10 minuti circa, utile per applicare i metodi suscettibili di risvegliare i battiti del cuore; dopo 15 minuti il successo è più aleatorio; dopo 20 minuti la vitalità dei centri nervosi è irrimediabilmente compromessa e l'insuccesso è certo. Praticamente il tempo utile è fra i 6 minuti dalla sincope bianca. Questa interviene durante una narcosi generale, ed è caratterizzata dal pallore cadaverico, dalle pupille dilatate, dall'arresto del cuore e del polso.

La puntura del cuore è innocua, e può essere fatta tanto al 4° che al 3° spazio intercostale al livello del bordo sin. dello sterno, con ago da

puntura lombare. Tutti sono di accordo sulla maggiore efficacità della adrenalina in confronto dell'olio canforato, della caffeina, della strofantina, ecc.

In 31 tentativi di riviviscenza compiuti nell'uomo, 17 furono seguiti da sopravvivenza.

Nei tre casi dell'A. si trattava di narcotizzati con cloroformio. Il primo, a. 22, operato di ernia, a principio dell'intervento ebbe una sincope bianca; respirazione artificiale, immediatamente iniezione di 1/4 di mmgr. di adrenalina con puntura al 4° spazio intercostale a due dita trasverse dal bordo sin. dello sterno, 30 secondi dopo l'iniezione ricomparvero le pulsazioni del cuore, che andarono rapidamente migliorando con riviviscenza permanente.

Nel secondo caso si trattava di un ragazzo di 5 a., operato di osteosarcoma del mascellare inferiore destro, in cloronarcosi. A termine dell'operazione sincope; dopo 8 minuti iniezione di 1/4 di mmgr. di adrenalina al 3° spazio intercostale, a livello del bordo sin. dello sterno. Lievissimi movimenti del cuore per 2 minuti, arresto del cuore; altra iniezione e dopo 30 secondi da quest'ultima l'ago si muove di nuovo, ma dopo si arresta definitivamente.

Il terzo caso in una donna di 28 a., operata per peritonite tubercolare in cloronarcosi; verso la fine dell'operazione sincope. Respirazione artificiale e massaggio diretto sul cuore, infruttuosi. Dopo 10 minuti iniezione di 1/4 di mmgr. di adrenalina sul cuore al 4° spazio intercostale. Lievi oscillazioni dopo 50 secondi che si arrestano dopo 3 minuti; altra iniezione e movimenti del cuore più forti per 1 minuto; terza iniezione, lievissimi movimenti per 5 minuti, di poi arresto definitivo del cuore.

JURA.

La legatura dell'arteria iliaca comune.

(J. E. THOMPSON. *Texas State*, J. M., 1925, XXI, 15).

La legatura dell'arteria iliaca comune è un'operazione relativamente rara. Ne sono stati descritti 95 casi. Si esegue molto raramente per la rarità degli aneurismi dell'arteria iliaca comune e perchè le ferite di questo vaso generalmente in breve conducono a morte.

Le arterie iliache comuni sono i rami terminali dell'aorta addominale. Sono lunghe circa 2 pollici e si dividono in due rami: le arterie iliache esterna e interna. Si può giungere sulle iliache comuni per via extra- e transperitoneale. Quest'ultima è consigliata dall'A. perchè è più facile e permette in caso di bisogno di legare magari l'aorta addominale. Il circolo collaterale si ristabilisce attraverso le arterie lombari e la sacrale media: rami dell'aorta addominale inferiore che si anastomizzano coll'ileo-lombare e colle arterie sacrali laterali, rami della iliaca interna. Il sangue risale lungo l'iliaca interna, passa nell'iliaca esterna e va alla femorale. Oppure discende lungo la glutea inferiore e le perforanti fino alla femorale o alla poplitea. Il volume di sangue che passa, varia secondo le resistenze periferiche. Le arterie viscerali intervengono poco in queste anastomosi.

Siccome l'arteria epigastrica inferiore e la circonflessa iliaca profonda rami dell'iliaca esterna si anastomizzano coll'epigastrica superiore, bisogna non lederle nel praticare l'incisione laparotomica. È bene perciò tenersi sulla linea mediana.

Halstead considera questa legatura come poco pericolosa per quello che riguarda la nutrizione dell'arto inferiore. Egli sostiene che in generale quanto più grossa è l'arteria o quanto è più vicina al cuore, tanto minore è l'ostacolo alla circolazione portato dalla sua legatura.

L'A. invece considera la legatura dell'iliaca esterna come un intervento più sicuro in caso di aneurismi ileo-femorali. Così pure consiglia la legatura dell'iliaca interna anzichè della comune in caso di aneurismi della glutea. Questo intervento pregiudica meno la circolazione dell'arto inferiore. Riferisce in dettaglio 3 casi inediti.

M. A.

A proposito della simpatectomia periarteriosa.

(DESGOUTTES e RICARD. *La Presse médicale*, n. 44, 1925, p. 734).

Gli AA. nel denudare l'arteria per aggredire la guaina credono più conveniente di aprire la guaina comune dei vasi femorali in corrispondenza della vena.

Allo scopo prima di portarsi sull'arteria di cui la guaina si deve asportare, per essere sicuri di asportarla tutta, e per rendere più facile l'intervento, è utile ledere la guaina comune in corrispondenza delle vene, per rendere completa la denudazione dell'arteria nel foglietto comune ai due vasi. In tal modo l'operazione diviene infinitamente più facile e più sicura. Con tale modificazione di tecnica, adoperata sistematicamente dagli AA. in tutte le simpaticectomie, si asporta più sicuramente tutta la guaina periarteriosa senza la sua avventizia.

Tecnica. Incisa la guaina sulla vena femorale, si libera tutta la fascia arteriale della vena per circa 12 cm., dopo si scopre la guaina arteriosa, dissecando da principio la faccia venosa dell'arteria, spingendo la denudazione fino alla faccia

inferiore; di poi si fa altrettanto sulla faccia libera del vaso, fino a livello della liberazione interna; riesce così più facile liberare la faccia inferiore dell'arteria.

In generale gli AA. nel praticare la simpatectomia perifemorale asportano con la guaina il nervo safeno interno senza alcuna difficoltà.

JURA.

Risultati lontani della simpatectomia perifemorale nel trattamento dell'ulcera varicosa.

(G. BONANI. *La Chirurgia degli organi di movimento*, fasc. 6, ottobre 1925).

L'A. ricorda come l'esito immediato dell'operazione di Leriche nella cura dell'ulcera varicosa sia generalmente buono, mentre l'esito lontano è ancora ignoto, cosicchè non si può formare ancora un concetto esatto e preciso sul valore di questa operazione.

Egli ha studiato 7 casi e li ha potuti tutti rivedere dopo oltre un anno. Questi casi erano fra i più gravi, in cui le piaghe datavano da più anni e tutte ribelli alla terapia abituale. La Wassermann sempre negativa. Complessivamente eseguì sette simpatectomie, sei per ulcere varicose tipiche, ed una per piaga del dorso del piede di origine oscura (neurotrofica?) ma avente caratteri avvicinabili a quelli degli altri casi.

Decorticò l'a. secondo le indicazioni di Leriche, cioè al terzo medio della coscia cominciando dall'apice del triangolo di Scarpa, e non ebbe nessun incidente durante e dopo l'operazione.

Fin dai primi giorni notò miglioramento dei sintomi e in quattro casi guarigione completa dopo pochi giorni; in due casi ebbe guarigione incompleta e poi ritorno allo stato primitivo delle ulcere soltanto con minore secrezione, nell'altro caso l'esito fu completamente negativo.

A distanza di un anno e mezzo l'A. ha potuto rivedere gli operati e ha dovuto constatare che i risultati lontani sono stati per niente soddisfacenti. Dei quattro casi a guarigione completa, uno solo permane guarito e gli altri recidivarono dopo pochi giorni o pochi mesi.

Dalla considerazione di questi fatti e dalla gravità non trascurabile di questa operazione per gli incidenti che possono avverarsi durante e dopo essa e che possono portare fino alla morte il paziente, come da diversi casi nella letteratura, l'A. conclude che l'operazione di Leriche non può avere che indicazioni molto limitate nel trattamento dell'ulcera varicosa.

G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. *Pathologie du Sympatique*. F. Alcan ed. Paris. Prix Fr. 90.

Di questo grosso volume di 1069 pagine, duecento pagine sono dedicate alla ricca bibliografia; il libro è una miniera inesauribile, scritto da un competente, che tanta parte della sua attività ha dedicato allo speciale argomento. Le nozioni di anatomia e la fisiopatologia sono largamente illustrate nelle due prime parti del lavoro; seguono le sindromi cliniche analizzate per sede: tegumentarie, muscolari, osteoarticolari, del nevrasse, circolatorie, respiratorie, digestive, urinarie, genitali, endocrine, trofiche.

La clinica del simpatico ha lacune e l'opera di ricostruzione tentata dall'autore è un saggio felice, naturalmente tutt'altro che definitivo.

Il libro, così come è, rappresenta un ottimo ed utilissimo strumento di lavoro nelle mani del pratico e dello studioso. In argomento moderno, come quello delle malattie del simpatico, una tale mole di lavoro non può che essere accolta con favore perchè raccoglie e aggiorna questioni ancora sparse nei giornali medici e di fisiologia.

T. PONTANO.

FENDEL. *Grundzüge der ärztlichen Psychologie*. Editori Urban e Schwarzenberg, Berlino. Prezzo M. 3.

È un piccolo manuale di psicodiagnostica e di psicoterapia redatto allo scopo di mettere il medico pratico in grado di apprezzare e curare i disturbi psichici che si incontrano più frequentemente nell'esercizio della professione e che hanno interferenze con le malattie somatiche.

L'esposizione è chiara e facilmente accessibile anche per coloro che non s'interessano di preferenza di psicopatologia. DR.

LEGRAIN. *Les grands-narcotiques sociaux*. Un vol. in-8° di 459 pag. Maloine, ed., Parigi, 1925.

L'A. rileva che le tossiendemie hanno una gran parte della storia dell'umanità; esse costituiscono una vera malattia collettiva e quindi anche una pagina di patologia sociale. Ma esse sono anzitutto una psicosi collettiva, costituita dalla deviazione del gusto normale per gli eccitanti naturali e da un pervertimento dell'istinto di conservazione e sono altresì un grave indizio di anergia. Il loro effetto è quindi quello di indebolire il capitale umano dal punto di vista intellettuale, morale, fisico ed economico e rappresentano la più triste schiavitù dell'uomo.

Sono specialmente i tre veleni, l'oppio, il tabacco e l'alcool che attirano l'attenzione dell'A.

il quale si diffonde sui gravi danni sociali che essi, e specialmente l'alcool, portano e sui pregiudizi vigenti in materia, che sono aspramente combattuti.

È un libro pieno di calore e di fede che conclude col più rigido proibizionismo. *fil.*

STEKEL. *Sadismus und Masochismus.* Editori Urban and Schwarzenberg, Berlino-Vienna.

È questo l'ottavo volume dell'opera mastodontica che lo Stekel ha pubblicato sulle perversioni sessuali.

Lo Stekel, psicanalista dissidente della scuola di Freud, ha compiuto un'opera che non si può non ammirare per la sua mole. Ma non si può certo convenire con le sue interpretazioni e le sue deduzioni, che depongono più per una fervida fantasia ed un'inclinazione artistica, che per un equilibrato e rigoroso metodo scientifico.

DR.

J. GERSTMANN. *Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse.* Julius Springer, editore, Wienna 1925.

Questo volume, ornato da una prefazione di Wagner-Jauregg, è la prima monografia su questo importante metodo di cura. L'A. ha raccolto tutta la vasta letteratura sull'argomento trattando, con rara competenza, i numerosi problemi inerenti a questo metodo di terapia aspecifica della paralisi progressiva. Le indicazioni della terapia, la scelta dei ceppi, le varie tecniche di inoculazione, la conservazione del sangue malarico sono trattate minutamente. L'A. si intrattiene poi sul periodo d'incubazione, sul decorso dell'infezione malarica e sui caratteri nosologici della malaria sperimentale. Non nasconde le incertezze che ancora si hanno sulla convenienza di eseguire cure specifiche appena interrotta la febbre malarica. Dopo aver discusso il problema della immunità post-malarica il Gerstmann svolge ampiamente i risultati clinici basandosi sulla sua vasta esperienza e su quella degli altri ricercatori. Importanti sono i capitoli sulle notevoli modificazioni della sindrome umorale, che si notano nei paralitici curati, e sul peculiare reperto istopatologico, che si osserva sui cervelli di pazienti morti durante o dopo la terapia malarica. L'A. analizza le differenze fra le remissioni spontanee e quelle dovute ad una terapia febbrile. Queste ultime sono più numerose, hanno una maggiore durata e completezza e non sono legate ad una forma speciale della malattia. L'autore conclude, e queste vedute sono confermate ormai dall'esperienza di tutti i grandi psichiatri (Nonne, Mingazzini, Weygandt, Claude, ed altri), che il dogma dell'incurabilità della paralisi progressiva è ormai definitivamente distrutto.

Dott. PISANI.

RAFFAELE LETTIERI. *Anestesia dei nervi periferici.* Un volume in-8, di 178 pagine, con 251 illustrazioni. Soc. An. Stab. Arti grafiche Alfieri e Lacroix, Milano, 1925. Prezzo L. 90.

Questo lavoro è un vero trattato sull'anestesia tronculare: esso colma una lacuna della letteratura italiana sull'argomento e la colma in modo veramente brillante e completo, come potevamo soltanto sperare da un valoroso anatomico e distinto chirurgo quale il Lettieri.

La lusinghiera prefazione dell'illustre prof. Roncali è veramente degna del libro e di essa ci basta riportare la conclusione alla quale con entusiasmo ci associamo:

« Lo scopo impostosi dal prof. Lettieri è mio convincimento essere stato raggiunto pienamente, onde io giudico l'opera sua utilissima e sommamente meritevole di essere raccomandata agli studenti di Medicina e a chirurghi esercenti ».

Un pregio singolare del lavoro è la ricchezza delle illustrazioni, tratte quasi tutte da disegni originali. CR.

R. BENOU. *La Mélancolie.* Doin editore. Parigi. Prezzo Fr. 10.

In questo volumetto il Benou espone la sintomatologia della malinconia pura insistendo su i caratteri differenziali di quest'affezione dalle forme depressive che entrano nel quadro di altre sindromi mentali.

L'A. studia esaurientemente i vari componenti della malinconia, le sue cause, i suoi esiti.

Una parte considerevole è dedicata alla terapia.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 27 dicembre 1925.

Presidenza: prof. G. PIANESE, presidente.

La resistenza elettrica del muscolo in varie condizioni sperimentali

Dott. L. DE CARO. — L'O. descrive ed interpreta i risultati delle determinazioni di resistenza elettrica da lui ottenuti con esperienze eseguite sul muscolo diaframma di cane e di gatto. Le osservazioni sono state compiute valendosi di un apparecchio espressamente costruito e rispondente a tutti i requisiti richiesti per eliminare ogni causa di errore e tenere il preparato nelle migliori condizioni.

Granuloma micotico gigante fibroepitelioide del cuoio capelluto.

Dott. A. ORO. — Riferisce su di un caso veramente eccezionale e che ad un esame sommario venne ritenuto per un blastoma. L'esame istolo-

gico mostrò trattarsi di un granuloma fibroide. In una sezione fu possibile anche dimostrare dei filamenti miceliali. Per analogia con un caso già da altri studiato ed in cui fu dimostrato il t. violaceo, l'O. crede verosimile l'ipotesi trattarsi di un granuloma tricofitico varietà gigante.

La riserva alcalina nel sangue delle gravide.

Dott. G. TESAURO. — L'O. ha eseguite determinazioni di acido carbonico libero ed acido carbonico legato come bicarbonato nel sangue venoso, col metodo di Van Slyke, in donne sane non gravide, in donne gravide, in due eclamptiche e in una donna con processo infiammatorio. Illustrati brevemente i rapporti fra i due suddetti elementi e la reazione attuale del sangue, l'O. viene alle seguenti conclusioni:

1) La riserva alcalina nel sangue della donna sana gravida, non differisce nei limiti della sensibilità del metodo usato, da quella che è nella gravida.

2) In una osteomalacica gravida, la riserva alcalina è ugualmente nei limiti normali.

3) La riserva alcalina è diminuita della metà in due eclamptiche; espressione questa di un notevole grado di acidosi.

4) La riserva alcalina è notevolmente diminuita in una donna affetta da processo infiammatorio della sfera genitale interna.

Sul granuloma tricofitico del Maiocchi.

Dott. A. ORO. — L'O. riferisce sopra cinque casi di questa rara forma morbosa e mostra le sezioni con il reperto dei funghi; le culture dettero la varietà nivea e rosacea. Si occupa della cura e ritiene più consigliabile il metodo della iniezione di tricofitina nella massa dei singoli noduli.

A CHISTONI.

Società Lombarda di Scienze Mediche Biologiche - Milano.

Seduta del 4 dicembre 1925.

Prof. LAVERMICOCCA. — *Osservazioni sopra una rara deformità congenita.* — Studio accurato anatomico e radiografico di una molto rara deformità dello scheletro degli arti inferiori con malformazioni dei piedi, poldattilia, ecc. Considerazioni patogenetiche.

D. DE FRISE. — *Su di un particolare tipo di cellula del canalicolo renale.*

Dott. G. DONADEI. — *Accrescimento puberale delle cartilagini laringee nell'uomo.* — L'O. dallo studio dell'accrescimento dello scheletro laringeo nell'uomo, eseguito con la valutazione del volume totale e del volume della sola massa cellulare delle singole cartilagini, viene alla conclusione, che accanto a differenze sessuali di volume corrispondenti a quelle di tutti gli altri organi che si constatano, per esempio, valutando il peso del corpo, esistono delle differenze sessuali particolari nell'intimo modo di accrescersi delle singole cartilagini; queste, nel periodo pubere, possono aumentare in uno dei due sessi soltanto per formazione di nuova sostanza fondamentale, nell'altro anche per aumento delle cellule.

La *tiroide* e la *cricoide* presentano differenze sessuali di quest'ultima specie, mentre l'*aritenoide* ne presenta anche riguardo al volume poichè la forma della sua curva di accrescimento corrisponde a quella del peso del corpo nel maschio e non nella femmina. L'*epiglottide* non presenta differenze sessuali spiccate.

Seduta del 18 dicembre 1925.

Prof. PERUSSIA. — *L'atelettasia nel determinismo di opacità polmonari ai raggi X.*

Prof. A. C. BRUNI. — *Appunti sulla struttura della ghiandola interstiziale fetale degli Equidi.* — Con una serie di microfotografie e di disegni, tratti col sussidio della camera lucida, l'O. illustra la struttura della ghiandola interstiziale fetale del cavallo, fornendo la prova della attività endocrina di essa e dimostrandone anche la capacità fagocitaria verso i globuli rossi.

SCARLINI.

Società Medica-Chirurgica di Padova.

Seduta del 27 novembre 1925.

Ricerche farmacologiche sul cuore isolato di rana. Azione dell'esetone e della canfora.

E. MENEGHETTI. — L'azione dell'esetone e quella della canfora sul cuore isolato di rana, sono raffrontate impiegando un nuovo apparecchio che ha tutti i vantaggi della cannula dello Straub senza averne alcuni inconvenienti.

L'esetone si manifesta da due a cinque volte più attivo della canfora. Esetone e canfora manifestano per le più basse concentrazioni una lieve azione cronotrofa positiva.

L'O. ha iniziato con l'apparecchio descritto una serie di ricerche intorno all'influenza che hanno velocità e durata di circolo sulle variazioni funzionali prodotte da farmaci negli organi isolati.

Dott. O. ORLANDINI (docente). — *Costruzione dei raggi refratti nelle superfici coniche.* — L'O. espone importanti fatti di ottica fisica applicata all'oculistica.

Sulla diagnosi differenziale della tubercolosi polmonare.

Prof. F. PANCRAZIO. — L'O. osserva che oggigiorno il problema della diagnosi differenziale della tubercolosi polmonare permane in tutta la sua importanza anche a malattia inoltrata.

Discute su segni ritenuti a torto come segni specifici, ed illustra in modo speciale la reazione di Moriz-Weisz, per la quale ha istituito delle modificazioni di tecnica e la sua reazione al persolfato sodico.

Riferisce esperienze fatte sui due nuovi segni fisici recentemente segnalati per la diagnosi precoce, l'uno del Maestrini, l'altro del Knotz e conclude accennando al confusionismo che ancora regna e notando che la critica fatta a molti segni non deve essere ritenuta come diretta ad escluderne l'importanza quali segni coadiuvanti ma solo ad escluderne l'importanza specifica nei riguardi diagnostici.

Dott. RONCATO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Rapporti fra la pressione sanguigna, la vertigine e il tinnitus.

Molti casi di vertigini auricolari erano attribuiti fino a pochi anni fa ad alterazioni della pressione sanguigna (alcuni a diminuzione, altri ad aumento) e molto valore era attribuito ai dati della sfigmanometria. D'altra parte gli otoiatri ammettevano l'esistenza di una condizione di aumento della pressione intralabirintica.

Anche Lake, che nel passato era favorevole a tali idee, recentemente in una sua lezione fatta all'University College di Londra, afferma come oggi tali preconcetti debbano essere abbandonati. Egli riferisce di avere operato ben 19 casi di vertigine e di avere avuto un solo caso di morte, con ottimi risultati in tutti gli altri: tuttavia non esclude che con l'aumentare delle nostre conoscenze sulla natura e sulle cause delle vertigini l'indicazione all'intervento debba essere ridotto dando la preferenza alla cura medica.

Al contrario ancora nulla oggi può dirsi in maniera assoluta per il tinnitus.

La vertigine e il tinnitus di origine auricolare presentano questa differenza, che la vertigine eccetto che nei casi legati a una malattia suppurativa dell'orecchio medio, di solito è di natura centrale, mentre il tinnitus, almeno nei periodi più avanzati della vita, è più frequentemente dovuto a una irritazione periferica. Per la cura di questi due disturbi e in special modo del tinnitus, è opportuno dire come anticamente, quando cioè nulla si sapeva sulla patologia di tale disturbo, il trattamento era puramente empirico.

Oggi abbiamo conoscenze più larghe sia in fisiologia che in patologia, come nel campo delle indicazioni.

La vertigine, esclusa quella di natura suppurativa, è rarissima nei giovani. Nei casi che compare nell'età adulta o vecchia è quasi sempre l'effetto di alterazioni delle arteriole, di disturbi del sistema circolatorio generale a causa di una malattia o di un tossico. In tali casi quindi occorre ricercare tutti i possibili fattori e può allora riuscire utile la ricerca di eventuali alterazioni della pressione sanguigna, tenendo però sempre presenti altre cause, quali la sepsi lenta, la tendenza alla nevrastenia e particolari alterazioni dell'orecchio medio diverso da quelle circolatorie.

Nei casi in cui, essendovi la vertigine, non si riscontra una malattia dell'orecchio medio, nè suppurativa nè d'altra specie e trattasi di un soggetto giovane, possono trovarsi allora anomalie della pressione sanguigna o, più frequentemente, immobilità del martello e ostruzione nasale, trattandosi di individui con l'abitudine di soffiarsi il naso con grande violenza.

All'esame locale si constata che la membrana del timpano è rilasciata, spesso con anchilosi del martello, e qualche volta la vertigine è prodotta da una distensione violenta dell'orecchio medio, prodottasi perchè il paziente si soffiava il naso con violenza; tantochè in alcuni casi basta che il p. perda tale abitudine perchè subito la vertigine scompaia.

Per quanto riguarda la pressione sanguigna, occorre notare come non raramente si trovino persone adulte con pressione arteriosa inferiore a quella che è la media della sua età e ciò non ostante godono buona salute. Avendo a che fare quindi con un soggetto di tale specie che soffra di vertigini, occorrerà in primo luogo far elevare la pressione sanguigna: se la pressione, ad es., è di 110 e il soggetto ha 45 anni, si tenterà di portarla a 120.

La vertigine dovuta a pressione arteriosa bassa, insorge quasi sempre al mattino, quando il paziente si sveglia.

Dopo la vertigine si hanno, ma non sempre, sudori profusi.

La direzione del movimento vertiginoso, in questi casi, non ha nulla di tipico. Di solito vi è nausea, il vomito in tali forme manca.

Il tinnitus nei giovani, e talora anche negli adulti, di regola è causato da un'irritazione periferica (ostruzione dell'orificio faringeo della tromba di Eustachio di natura infiammatoria, stenosi più o meno cronica della stessa) e quasi sempre può ottenersi la scomparsa dei disturbi iniettando minima quantità di glicerina (3-4 gocce) nell'orificio interno della tromba.

Nei soggetti di età avanzata il tinnitus è sovente unito a una malattia dell'orecchio medio, con fissazione della staffa; in questi casi converrà tentare l'acido bromidrico diluito o meglio il valerianato di zinco in dosi di 30-40 ctg. 3 volte al giorno. Ma nei casi che l'udito è normale, la pressione sanguigna suole essere alta essendo il tinnitus di origine centrale ed è allora che l'aci-

do bromidrico diluito (3 grammi - 3 volte al giorno) ha molta probabilità di giovare, agendo sulla pressione sanguigna.

A. POZZI.

L'interpetrazione clinica delle cifre della pressione arteriosa.

C. Lian (*Le Scalpel*, 4 luglio 1925) ha trovato nell'adulto normale le cifre seguenti che ammette come fisiologiche. Adulto normale medio: Mx. 13, Mn. 7-8; forte: Mx. 14, Mn. 9; debole: Mx. 12, Mn. 6 1/2. Per il bambino, si deve sottrarre di un grado la Mx. e di 1/2 la Mn., per ogni 5 anni di età in meno. Nel vecchio, la pressione arteriosa dovrebbe essere in media come quella dell'adulto e, soltanto in qualcuno, leggermente aumentata.

Per la formola sfigmomanometrica, l'A. stabilisce tre regole. La prima, detta di concordanza, in cui Mx. e Mn. aumentano o diminuiscono insieme; in tal caso, Mn. deve essere uguale a Mx. diviso due, con l'aggiunta di due per i normali medî e forti e uno per gli ipotèsi.

Più importante è la seconda regola della convergenza, in cui Mx. si abbassa e Mn si eleva; è questo un segno di indebolimento del cuore e si trova in tutti gli individui con insuffcienza cardiaca. Mx. è meno forte perchè il cuore deve lottare contro un ostacolo nelle vene e nei capillari; quindi, più la formola è convergente, specialmente con Mx elevata, maggior bisogno vi è di digitale, che andrà poi sostituita con teobromina per togliere l'ostacolo periferico.

Nella regola di divergenza, Mx è elevata e Mn. normale; p. es., Mx.=20 e Mn.=9, in tal caso si è in presenza di aortite cronica o di insufficienza aortica in cui Mx. è ancor più elevato. Questa stessa formola si trova nei malati ad ipersimpaticotonia, nel gozzo esoftalmico, negli individui « nervosi », con cuore irritabile.

Evidentemente la formola della pressione va messa d'accordo con i dati della clinica e la semplice formola di concordanza non significa, *di per sè sola*, lo stato di salute, poichè può trovarsi anche con l'insufficienza cardiaca. In un malato in cura, la formola deve rimanere concordante o diventarlo progressivamente. Si deve diffidare delle cadute di pressione troppo rapide, segno frequente di insufficienza cardiaca; così pure quando si vede cadere la pressione e la facies del malato diventa pallida, i suoi capelli si fanno grigi e che egli dimagrisce, si deve pensare che esso si va cachetizzando. Le cadute brusche, dopo l'edema polmonare, indicano un pericolo imminente, mentre invece un elevamento graduale è di buon augurio.

fil.

CASISTICA.

I tumori della glandola pineale.

Sono assai interessanti dal punto di vista neurologico, endocrinologico e istopatologico.

Essi danno come segni neurologici, oltre alla ipertensione endocranica, sintomi di lesione dei tubercoli quadrigemini (cioè sopra tutto disturbi oculo-motori = perdita dei movimenti associati di verticalità, paralisi della convergenza, ptosi, paralisi del retto esterno o interno); stato spastico bilaterale con Babinski, e segni cerebellari.

Dal lato endocrinologico nella letteratura si trovano solo 14 casi di tumori pineali in ragazzi presentanti uno sviluppo sessuale precoce.

Gilbert Horrax e Percival Bailey (*Archives of neurology and psych.*, n. 4, aprile 1925) fanno un accurato studio su 12 casi, e tra questi su cinque sopravvenuti prima della pubertà, solo in due hanno trovata realizzata una pubertà precoce.

Dopo uno studio istologico della glandola concludono che sia la struttura della glandola sia quella di questi tumori non permette di pensare a un organo glandolare secretore.

L. TONELLI.

Sulle lesioni pituitarie.

Sulla scorta di cento casi operati, C. Frazier e F. Grant (*Jour. A. M. M.*, 10 ottobre 1925) distinguono le alterazioni pituitarie in: 1) semplici disfunzioni, senza fatti di compressione, che sono di competenza dell'endocrinologo; 2) lesioni soprasellari, cioè lesioni primitivamente extrasellari, che poi invadono la sella, e che possono richiedere l'opera del chirurgo, il quale deve rendersi conto dell'origine del tumore (ad es., angolo pontocerebellare, come ricorda W. Spiller); 3) tumori della tasca faringea; 4) lesioni primarie intrasellari, che rappresentano la maggioranza delle lesioni, e, nella statistica degli AA., la quasi totalità dei casi.

Queste compaiono di preferenza nell'epoca della massima attività sessuale; il loro progresso si valuta talora a mesi, talora ad anni; nei precedenti familiari si trovano talora disturbi endocrini, nei precedenti personali talora traumi al capo. Non è ancora dimostrato che la lues abbia una evidente influenza nel produrre lesioni pituitarie d'importanza chirurgica.

Il sintoma iniziale fu la cefalea nel 27 % dei casi: più tardi è sintoma quasi costante; è prevalentemente frontale ma può presentare ogni localizzazione.

I sintomi oculari sono precoci ed indicano il progresso del male. Sogliono cominciare con al-

terazioni perimetriche in un occhio, spesso si ha lo scoloramento della papilla, spesso, e anche precocemente, anopsia bitemporale, come è noto. I disturbi perimetrici sono probabilmente in rapporto con compressioni di vasi. Talora fu veduta la paralisi dell'oculomotore.

Sintoma di somma importanza è la deformazione della sella.

Più ancora che all'aumento delle dimensioni *in toto* (normale: mm. 12 anteropost., mm. 10 vertic.), bisogna badare all'aumento delle dimensioni verticali e all'eventuale alterazione delle apofisi clinoidi posteriori.

La via d'accesso meno pericolosa è la nasale, che dà il 3-4 % di mortalità operatoria. La via frontale, tecnicamente preferibile, perchè può permettere un vuotamento più completo della sella, è ancora troppo pericolosa, perchè la mortalità giunge al 30-40 %.

Degli operati dagli AA., il 70 % ebbero miglioramenti, constatabili anche dopo 1-3 anni, consistenti in un aumento del campo visivo, in uno o in entrambi gli occhi, e nella diminuzione dei fenomeni di deficit ghiandolare. DORIA.

Sul diabete infantile.

Avendo studiato più di 300 casi, parte trattati con insulina e parte no, E. Joslin, H. Root, P. White (*Journ. A. M. A.*, 8 agosto 1925) possono affermare che l'aumento di peso dei bambini diabetici trattati con l'insulina si avvicina a quello dei bambini normali: ciò per i non insulinizzati è assolutamente eccezionale.

Però i bambini diabetici pesano generalmente meno dei normali di pari età: conservano tuttavia il rapporto tra altezza e peso, quantunque abbiano maggior tendenza a crescere in altezza che in peso.

Lo sviluppo sessuale degli insulinizzati avviene quasi sicuramente: talora la sospensione dell'insulina fa sospendere le regole.

La prognosi, quasi assolutamente infausta per i non trattati, appare più fausta per gli insulinizzati: in circa venti casi fu possibile mantenere il vantaggio diminuendo o sospendendo l'insulina, ciò che fa pensare, in dati casi, alla possibile rigenerazione delle isole di Langherans.

DORIA.

Sulla retinite diabetica.

Si manifesta generalmente, dice H. Friedenwald (*Journ. A. M. A.*, 8 aprile 1925), sotto la forma puntata, tra i vasi temporali superiori e inferiori. Le macchie, generalmente piccole, possono unirsi in linee o in chiazze. Spesso coesistono piccole emorragie. La papilla non suole presentare alterazioni.

Talora vi sono alterazioni dovute a una concomitante nefrite e arteriosclerosi. DORIA.

TERAPIA.

Terapia elettroradiologica di alcune affezioni croniche delle articolazioni.

Cause varie possono determinare la costituzione del complesso morboso che va sotto il nome di reumatismo cronico (reumatismo articolare franco, scarlattinoso, gonococcico, gottoso, da ipotiroidismo, ecc.). Dopo aver cercato di stabilire la causa delle lesioni articolari, conviene (W. Vignal, *Journal Méd. Français*, n. 2, 1925) ricorrere alla radiografia e riconoscere lo stato delle articolazioni prima di ogni tentativo terapeutico. Mentre si può far pronostico favorevole se l'indagine è negativa, il trattamento sarà appena palliativo se si rinviene produzione di osteofiti, ossificazione delle cartilagini, distruzione ossea.

I disturbi caratteristici di queste lesioni sono articolari, periarticolari e generali: quindi bisogna applicare una terapia generale e una locale.

Per attivare gli scambi, stimolare la nutrizione cellulare e la eliminazione dei rifiuti, si ricorre alle correnti ad alta frequenza sia per autoconduzione su letto condensatore, sia, preferibilmente, per applicazione diretta (diatermia). Le sedute debbono essere spaziate sufficientemente, specie nel reumatismo cronico deformante e nelle forme croniche successive a pseudoreumatismo infettivo, per evitare affaticamento del malato, con eccesso dei fenomeni di disassimilazione.

Nel reumatismo di origine tiroidea si sono ottenuti successi mediante applicazioni galvano-faradiche negative sul corpo tiroide.

Bisogna poi integrare il trattamento generale con la cura degli accidenti locali. Quando le lesioni non sono limitate all'articolazione, non esistono lesioni intrarticolari come edemi, nevralgie, mialgie, si ricorrerà alla galvanizzazione, o, con preferenza, all'elettrolisi medicamentosa, più conosciuta col nome di ionizzazione (elettrode imbibito di soluzione di KI o di salicilato sodico).

Dopo la prima seduta si può avere esacerbazione, poi non tarderanno a scomparire l'edema e il dolore. L'atrofia muscolare si tratta con galvano-faradizzazione. Nelle artriti secche senza edema di vicinanza la diatermia si associa utilmente alla ionizzazione.

Alcune localizzazioni speciali risentono un particolare beneficio dalla roentgenterapia. Il reumatismo vertebrale cronico (lombaggine semplice o associata ad artrite sacroiliaca) migliora rapidamente, con scomparsa dei dolori e delle contratture con applicazioni di raggi X a piccole dosi ma fortemente filtrati. Lo stesso avviene nella spondilosi rizomelica se si interviene in un periodo non troppo avanzato della malattia.

Infine la talalgia gonococcica, che sembra ribelle a quasi tutti i trattamenti, cede assai rapidamente e completamente alla radioterapia, mentre nella talalgia reumatica con lo stesso mezzo non si ottiene quasi nessuna modificazione.

Non bisogna però trascurare, nel trattamento di queste affezioni, l'uso di altri metodi terapeutici, come il regime dietetico, la meccanoterapia, le cure termali, non simultaneamente impiegati ma alternati fra loro, e con periodi di riposo variamente indicati dai risultati ottenuti, e dallo stato dei pazienti. A. PICCINELLI.

La diatermia nei traumi articolari.

La diatermia è, osserva F. Erverhardt (*Jour. A. M. A.*, 10 ottobre 1925), l'unico mezzo di termoterapia profonda: il calore applicato all'esterno in varie guise, viene disperso per il corpo dalla dilatazione dei vasi cutanei che provoca, attraverso i quali si ha un'attiva circolazione sanguigna Il calore applicato con la diatermia si può regolare tenendo conto sia dei dati dell'amperometro, sia delle sensazioni del paziente: ben controllato non presenta pericoli.

Nei primi periodi dopo un trauma articolare la diatermia fa diminuire il dolore, lo spasmo, e l'edema (attivando la corrente linfatica), favorisce quindi la riposizione di parti dislocate, ed ostacola la formazione di aderenze e la fibrosite periarticolare, contribuendo ad un buon risultato funzionale.

La diatermia è controindicata nelle raccolte purulenti non drenate, per l'emorragia che può provocare, nonchè nelle artriti tubercolari e nel sospetto di tumori. DORIA.

Il trattamento del morbo di Pott nel bambino.

J. Privat (*L'évolution médico chirurg.*, settembre 1925) osserva che non esiste per tale malattia un clima specifico; tutti sono buoni, purchè sia assicurata la vita all'aria libera.

Durante il periodo di stato e quello di consolidazione, il rimanere in posizione supina non è sufficiente per impedire la formazione di una gibbosità; è necessario altresì esercitare una pressione in corrispondenza del focolaio malato. Tale pressione si realizza in due modi: sia sopraelevando le vertebre affette mediante un cuscino di sabbia introdotto fra esse ed il piano resistente su cui sta il bambino, sia modellando sul busto del malato un corsetto gessato fenestrato in corrispondenza della gibbosità. Attraverso tale finestra si esercita una compressione sulle vertebre mediante dei quadrati di cotone mantenuti in posto da una fascia amidata.

È preferibile il secondo metodo che lascia al malato una maggiore libertà ed alla famiglia una maggiore tranquillità.

La durata del trattamento non deve essere inferiore a tre anni; è un grave errore il permettere il cammino dopo soltanto sei mesi od un anno di trattamento. In tali condizioni, malgrado l'uso di un corsetto ortopedico, si vede ben presto ricomparire la gobba che si fa poi sempre più notevole. I raggi ultravioletti sono utili nel periodo di calcificazione, ma in quello di rammollimento possono anche essere dannosi. *fil.*

VARIA

Stampa e Criminalità.

L'interessamento speciale della stampa non solo locale ma la diffusione operata nel paese di alcuni delitti in questi ultimi anni avvenuti, narrati e commentati nei più minuti particolari con gli apprezzamenti relativi, non poteva a meno di essere segnalata ed in parte disapprovata, richiamando così l'attenzione dell'Autorità dello Stato la quale con sua circolare emanata il 22 luglio, faceva divieto di comunicare alla stampa notizie concernenti atti di Polizia giudiziaria, in riguardo specialmente ai crimini di violenza carnale, corruzione di minorenni, oltraggio al pudore nella considerazione che tali notizie possono esercitare pericolose suggestioni nell'animo di individui socialmente e psicologicamente disposti al delitto, gettando nel fondo oscuro della loro coscienza e della loro sensibilità, germi di perniciose e torbide passioni e allettamenti malsani a criminose aberrazioni.

Certo non vi ha persona che non sottoscriva e plauda a tale opportuna e savia disposizione che meriterebbe di essere intensificata ed estesa anche ad altri atti delittuosi contro le persone e la proprietà in questi nostri tempi in cui si avvera purtroppo un aumento impressionante e continuo del crimine tentato e consumato con tutti quei mezzi che l'umana perfidia, raffinatezza e abolizione di ogni senso morale può escogitare. Se certi delitti ad impronta passionale possono risvegliare istinti sessuali sadico-masochisti, gli altri contro la proprietà e le perone sono per lo più dovuti ad istinti perversi di odio e rancore covati ed assopiti nel fondo di coscienze ereditariamente tarate, che si risvegliano quando facciano difetto freni inibitori di educazione e si consumano con studiata preparazione in ogni lor parte. Nessuno intende di negare l'azione e l'intento lodevole della stampa per la sua valevole cooperazione a rintracciare, a scoprire, a mettere talora sulla pista buona, ad additare alla pubblica esecrazione il colpevole e con ciò a difendersi e a correggersi: ma d'altra parte le notizie propalate ed ammanite al pubblico con lusso di particolari, intestazioni sensazionali, quando non sono le pagine ampliate in maggior formato e corredate da schizzi, fotografie in cui a precisare

la località, si mostra lo scempio della vittima, non possono a meno di affinare una curiosità morbosa, il desiderio di sapere, appurare e commentare. La turba poi degli strilloni che come grano lanciato dal piano si spande in ogni recesso della città e con voce stentorea annuncia il fatto del giorno, quando non aggiunga qualche cosa del suo, oltre al proprio interesse, coopera alla fortuna e diffusione del giornale e non fa che accrescere la valanga degli apprezzamenti ed appassionare gli animi, donde la folla radunata in capanelli ad ogni angolo della via beve ansiosa le notizie o si precipita ai chioschi di rivendita dei giornali per attendere la nuova edizione apportatrice di altri più minuti particolari.

Se tutto questo interessamento è commendevole quando aiuta l'orgoglio nazionale per il primato in gare o competizioni nei vari rami delle industrie, delle arti, che mostrano un risveglio e progresso della vita del Paese, morbosamente invece si ripercuote nella psiche umana quando si tratta di delitto narrato e spezzettato in ogni minuzia, quando si mettono alla luce del sole particolarità senza alcun riguado a persone, si fruga nella intimità della famiglia, si anatomizza con indagine scrupolosa le varie vicende per cui è passato il crimine. Tutto ciò mentre getta il discredito su persone e famiglie fino a prova contraria, oneste, ne perturba l'armonia, suscitando il disordine, il disinganno, la rovina che non si potrà più sanare e bollandole di un marchio incancellabile.

Mentre questo concerne il supposto attore del delitto, la folla subisce un contraccolpo il quale se si esplica con la deprecazione e commiserazione, dall'altra in chi è gravato di tare ereditarie morali e intellettuali perverse ed ha carattere quindi propenso al mal fare, serve di eccitamento e scuola, perchè i commenti inducono a rilevarne le manchevolezze, a modificare la preparazione e la consumazione: a regolarsi quindi in conseguenza per sfuggire a ricerche, a defraudare in ogni modo ogni ricerca della giustizia.

La scuola di antropologia criminale ha di già elevato la sua autorevole voce e dimostrato il nocumento di queste esposizioni troppo minute del delitto le quali, se in qualche caso possono giovare, servono per lo più ad accrescere la delinquenza, destando tendenze assopite ed a perfezionare il modo di perpetrare l'atto criminoso, ad ovviare talora le operazioni di ricerca.

Quello che impressiona in particolar modo in questi tempi è l'aumento ascensionale del delitto sotto ogni forma consumato, per la sua atrocità, raffinatezza, studio, speculazione o sfacciataggine, indifferenza, posizione sociale dell'esecutore ed il nessun ritegno.

Non bisogna altresì dimenticare che l'istinto *di imitazione* giuoca gran parte nella delinquenza comechè ereditaria nella evoluzione animale epperciò nel criminale essendo deficiente il senso critico, ne segue una facile suggestione, una coscienza incerta attratta da una specie di impulso megalomanico che lo spinge al desiderio di emergere sugli altri, battendo lo stesso sentiero, d'onde il ripetersi a brevi intervalli di delitti a tinte comuni, qualche poco riveduti e corretti. Si ha tale rispondenza nel *suicidio*, oggi pur dappertutto in triste e continuo aumento, atto che dai più vuolsi attribuire ad individui deboli di mente.

Questo stato di cose non è esclusiva nostra caratteristica, ma è anche appannaggio e forse più di altre Nazioni intervenute nel conflitto mondiale. Se si cerca di indagarne le origini dobbiamo considerare che certamente la guerra ha prodotto una grave e profonda deviazione nella psiche umana e come avviene nelle convulsioni della natura inorganica e nei cataclismi, ha tratto dal fondo e svelato istinti che l'educazione aveva deviato e coperti di salutare vernice.

La nessuna valutazione della vita che ha dimostrato la guerra per cui ne deriva l'istinto della conservazione stessa molto diminuito onde il poco conto e il disprezzo della vita altrui e di sè stesso, (frequenza degli omicidi e suicidi).

Il desiderio di godere il più presto e quanto maggiormente possibile nel minor tempo: di quì i subiti guadagni e ostentazione di ricchezze a spese dei deboli ed onesti.

Tali ricchezze senza scrupolo e coscienza accumulate ha portato al lusso che ha avuto come esponente principalmente la donna la quale pur di ottenere ha passato sopra a ogni ritegno e pudicizia, epperciò il modo suo odierno di acconciamento e l'esibizionismo e la licenza dei costumi.

L'orientazione verso il godimento materiale calpestando ogni nobile sentire dello spirito ha indotto un decadimento della intellettualità che fu solo asservita per ottenere desiderate ambizioni ed ha svalutato ogni senso di educazione morale e sana educazione fisica, per cui si diede modo che delinquenze occulte e raffinate si rivelassero, le palesi peggiorassero, le incerte si raffermassero per l'utile che ne poteva derivare, e rispetto alla educazione fisica essa venne sfruttata solo a scopo di reclame e di speculazione.

Da tutto questo deriva la conclusione che bisogna correre prontamente ai ripari se non si vuole il decadimento della razza, e per ricostruire utilmente si deve dare opera solerte di bonifica ritornando ai principi di sana educazione che non deve foggiarsi su esempi servili di altri popoli per usi, costumanze ed indole da noi diversa, ma su quelli che formano il patrimonio nostro, sfrondando quel materialismo malsano che annichila ed impedisce ogni geniale iniziativa.

Prof. GIANI.

Dal *Bollettino dell'Ordine dei Medici di Genova.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

La risoluzione dell'adunanza plenaria del Consiglio di Stato circa i ricorsi concernenti le riforme degli organici.

Già annunziammo che il conflitto sorto tra la IV e la V Sezione del Consiglio di Stato circa i rimedi giuridici ammessi contro i provvedimenti concernenti riforme organiche o dispensa dal servizio, a norma dei decreti 27 maggio e 24 settembre 1923, fu deferito alla Adunanza plenaria del Consiglio di Stato per una risoluzione di massima, e che frattanto era stata sospesa la trattazione di tutti i ricorsi pendenti. Possiamo ora comunicare che l'adunanza plenaria ha deciso nel senso della proponibilità del ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, escluso quindi il reclamo gerarchico contro qualsiasi provvedimento emanato in forza del citato decreto, anche se si tratti di deliberazione soggetta, secondo le norme comuni, ad approvazione tutoria.

Finalmente, dopo due anni, sono troncate tutte le questioni che si erano fatte agli effetti della proponibilità dei rimedi giuridici.

I nostri lettori ricorderanno che sin dalla prima decisione della IV Sezione del Consiglio di Stato, cioè sin dai primi mesi del 1924, noi rilevammo l'errore della tesi che si fondava, agli effetti del ricorso gerarchico, sulle norme comuni, e non teneva conto della efficacia piena ed assoluta dell'art. 4 del R. D. 27 maggio 1923. Segnalammo poi la necessità che la quistione fosse subito risoluta con interpetrazione autentica, per assicurare agli interessati uno stato di certezza circa i rimedi consentiti. Ma, purtroppo, si è proceduto per due anni tra contrasti di giurisprudenza con inevitabili conseguenze difficilmente riparabili.

Dopo due anni, la giurisprudenza è giunta a quella risoluzione che sin dal primo momento parve a noi corretta dal punto di vista giuridico.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XIII. – Un caso di successione fra enti.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 4-29 dicembre 1925 (ric. dottor Maronna) ha risoluto un caso interessante. Lo esponiamo nei suoi particolari, riservandoci di esaminare in altra occasione le varie ipotesi che si possono presentare in relazione alla modificazione soggettiva ed obbiettiva del rapporto di impiego. Uno studio più accurato ci ha indotti a considerare da un diverso punto di vista, con riferimento alla posizione giuridica degli impiegati, gli effetti della costituzione di enti nuovi, che succedono ad altri enti per determinati servizi pubblici.

Ma di ciò diremo con apposita nota, trattandosi di un argomento importantissimo, che richiede speciale ed ampia trattazione.

Nel caso ora in esame la quistione si è presentata così: il dottor Maronna fu nominato dal Comune di Minervino medico condotto per le frazioni di Cocumola e Cerfignano, in base a concorso; egli si dimise e poi fu riassunto in servizio. Dovendosi provvedere alla costituzione di S. Cesarea in Comune autonomo, e dovendo essere compreso *in questo nuovo ente* la frazione di Cerfignano della quale era medico condotto il dottor Maronna, furono regolati i rapporti di ripartizione patrimoniale, di successione tra i due enti e di sistemazione dei servizi anche in relazione al personale stabile e il dottor Maronna rimase in servizio per le due frazioni, l'una appartenente al Comune di Minervino e l'altra al Comune di nuova formazione (S. Cesarea). Ma, successivamente, quest'ultimo lo licenziò, disconoscendone la stabilità e deducendo che esso era rimasto estraneo alla riassunzione del dottor Maronna in servizio stabile.

Il Consiglio di Stato ha respinto tutte le deduzioni del Comune ed ha riconosciuto che il dottor Maronna aveva conservato il diritto di stabilità anche in confronto del Comune di S. Cesarea, per le considerazioni seguenti.

« Giusta l'art. 4 della Legge 25 giugno 1913, n. 753, le frazioni di Cerfignano e di Vitigliano, compreso il territorio denominato Marina di S. Cesarea, vennero rispettivamente distaccate dai Comuni di Minervino di Lecce e di Ortelle e costituite in un solo Comune autonomo col nome di S. Cesarea. L'art. 6 della stessa legge autorizzò poi il Governo del Re a dare le disposizioni per l'esecuzione di essa.

« In esecuzione della predetta disposizione legislativa il Governo del Re, con R. D. 5 gennaio 1922, n. 18, approvava il verbale di riparto patrimoniale 2 dicembre 1919 convenuto tra i rappresentanti del Comune di Minervino *e quelli della frazione Cerfignano*. Fino alla detta epoca (5 gennaio 1922) non esisteva una legale rappresentanza del nuovo Comune di S. Cesarea: esisteva soltanto la rappresentanza speciale della frazione di

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

Cerfignano, nominata dal Prefetto a norma dell'art. 132 (4° comma) della legge comunale (Testo Unico, 4 febbraio 1915, n. 148). La rappresentanza legale del nuovo Comune di S. Cesarea, in persona del commissario prefettizio, comparve la prima volta nel successivo verbale 6 aprile 1922, col quale il sudetto commissario si obbligava di versare mensilmente alla Cassa del Comune di Minervino, ed in ragione della popolazione, la quota parte degli stipendi dovuti al personale sanitario. È quindi evidente che la rappresentanza del nuovo Comune di S. Cesarea doveva per necessità di cose rimanere estranea tanto alle deliberazioni del 25 maggio ed 8 luglio 1919, quanto al verbale 2 dicembre 1919, perchè nelle suddette epoche essa non esisteva.

« Tutto ciò, ad ogni modo, è conforme al disposto dell'art. 47 (1° e 3° comma) del Regolamento della legge Comunale e provinciale, pel quale i progetti di separazione patrimoniale, nei casi di costituzione di una frazione in Comune autonomo, sono concordati dalla rappresentanza del Comune interessato (in questo caso Minervino) insieme con la rappresentanza della frazione, da costituirsi a norma dell'art. 132 della legge.

« È infine da rilevare che il Comune ricorrente avrebbe dovuto, se e per quanto di ragione, far valere le sue lagnanze su questo punto in sede di gravame contro il R. D. 5 gennaio 1922 che approvò il riparto patrimoniale.

« Col 2° motivo del ricorso il Comune ricorrente sostiene che, dovendo il dottor Maronna essere considerato, nei confronti del Comune di S. Cesarea, come un medico condotto *provvisorio*, e non come un medico condotto stabile, a lui non era applicabile la disposizione dell'art. 34 del Testo Unico 1° agosto 1907, n. 636 (ora art. 38 del R. D. legislativo 30 dicembre 1923, n. 2889) circa la contestazione degli addebiti. Anche questo motivo non può essere preso in considerazione.

« Come già si è detto, il Consiglio Comunale di Minervino, con deliberazione 23 maggio ed 8 luglio 1919, approvate dalla autorità tutoria il 6 agosto 1919, revocò la precedente deliberazione 7 marzo 1913, con la quale aveva preso atto delle dimissioni del dottor Maronna, e stabilì di riassumerlo in servizio *alle stesse condizioni preesistenti alla presa d'atto delle dimissioni* (il Maronna all'epoca delle dimissioni aveva già acquistata la stabilità); nel verbale di riparto patrimoniale 2 dicembre 1919 si afferma poi *che il servizio sanitario resta com'è attualmente, avendo il dottor Maronna acquistata la stabilità.*

« Qualunque possa essere il carattere del R. D. 5 gennaio 1922, n. 18 — si tratti, cioè, di un atto formalmente e sostanzialmente amministrativo; ovvero di un atto di delegazione legislativa (emesso in virtù dell'art. 6 della legge 25 giugno 1913, n. 753), e sotto qualunque forma si consideri il verbale 2 dicembre 1919 — sia sotto quella di un vero e proprio contratto, che vien poscia approvato dal Governo del Re, come ritengono alcuni scrittori, ovvero sotto quella di un accordo di diritto pubblico che costituisce il presupposto del provvedimento governativo, come ritiene la più recente dottrina —, *certo è che le clausole dell'accordo non possono essere modificate o messe nel nulla dal nuovo Comune che si forma, per le ragioni che un Comune non può modificare o annullare un atto governativo.* Ne viene di conseguenza che il Comune di Santa Cesarea non poteva rifiutarsi di riconoscere la clausola della stabilità, contenuta nel verbale suddetto a favore del dottor Maronna e sanzionata nel R. D. 5 gennaio 1922.

« Ciò è confermato anche da un'altra considerazione: *poichè il Comune di S. Cesarea era il successore parziale del Comune di Minervino, gli obblighi di quest'ultimo Comune verso gli impiegati della frazione distaccata si trasmettevano* de iure *nel Comune successore.*

« Per tutte queste considerazioni la Sezione ritiene che la posizione del dottor Maronna, in confronto del nuovo Comune di S. Cesarea, fosse quella di un medico stabile, e non di un medico provvisorio, e che per conseguenza il licenziamento di lui, deliberato dal Consiglio Comunale con atto 9 agosto 1923, dovesse seguire le formalità prescritte dall'art. 34 del Testo Unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636 (ora sostituito dall'art. 38 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889).

« Ad ogni modo, quando anche il dottor Maronna dovesse essere considerato, nei confronti del Comune di S. Cesarea, come medico provvisorio, la contestazione degli addebiti era sempre necessaria, giusta la costante giurisprudenza di questo Collegio ».

Di questa motivazione ha particolare importanza il riferimento al rapporto di successione, in quanto il Consiglio di Stato ha dichiarato che, *essendo il Comune di S. Cesarea il successore parziale del Comune di Minervino*, gli obblighi di quest'ultimo verso gli impiegati della frazione distaccata si trasmettevano *de iure* al Comune successore. È questa la parte che richiede più ampio sviluppo in rapporto alle varie ipotesi possibili e che, in ogni modo, pur essendo un semplice accenno, ha già una importanza notevole nei casi frequenti di successioni fra enti con effetti sui rapporti di impiego già costituiti.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Proroga per la nuova organizzazione sanitaria circondariale.

La *Gazz. Uff.* ha pubblicato il R. D. 14 gennaio 1926 n. 77, col quale viene prorogato al 31 dicembre 1926 il termine stabilito dall'art. 1 del D.-L. 28 dicembre 1924 per l'organizzazione sanitaria circondariale.

Il Sindacato medici condotti per l'Orfanotrofio dei sanitari italiani.

Per incarico del segretario generale del Sindacato nazionale medici condotti, dott. Achille Vacino, e del Direttorio centrale, ed in esecuzione del deliberato del Congresso dei Sindacati medici condotti tenutosi a Siracusa nell'ottobre 1925, il dott. Renato Pergolani, segretario della Corporazione fascista sanitaria umbra, accompagnato dal vice-segretario dott. Mauro Montano e dal cassiere del Sindacato fascista umbro medici condotti, dott. Francesco Pimpinelli, si è recato al Collegio degli orfani sanitari italiani ed ha consegnato al consigliere delegato dott. cav. Alfredo Persi ed al direttore dott. cav. Luigi Simoncini la somma di L. 20,000 quale offerta del Sindacato nazionale medici condotti.

Il dott. Persi ha vivamente ringraziato riservandosi di notificare l'atto munifico al presidente prof. sen. Simonetta assente, e manifestando il vivissimo desiderio che il Governo nazionale sappia e presto imporre a tutti i sanitari italiani il tributo doveroso per la più efficace funzione di tutela della nobile istituzione che è oggi vanto dei sanitari condotti d'Italia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Municipio*. — Capo del Laboratorio batteriologico; vedi fasc. 7. Scad. 10 marzo.

BARBONA (*Padova*). — Al 31 mar.; vedi fasc. 7.

BENGASI. *Municipio*. — Ufficiale sanitario. Scad. 20 apr. Vedi fasc. 8.

BRESCIA. — Cond. per Volta Folzano, a tutto il 20 mar. Età lim. 35 a. L. 9000 e 5 quadrienni di L. 1000; addiz. L. 3 oltre 1000 pov.; ambul. L. 800; trasf. L. 1500; serv. att. L. 2300; c.-v. L. 1200 se coniugato, L. 780 se celibe. Serv. entro 15 gg.

CESENA. *Congreg. di Carità*. — Aiuto medico e aiuto chir. nell'Ospedale M. Bufalini; al 15 mar., ore 17; L. 7500 e compartecipaz. onorari; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10; serv. entro 15 gg. Rivolgersi alla segreteria.

ORVINIO (*Roma*). — Scad. 18 mar.; vedi fasc. 7.

PARODI LIGURE (*Alessandria*). — Scad. 15 mar.; per 3 fraz.; L. 7000 e 4 quinq. dec.

PIANDIMELETO (*Udine*). — Consor. 3 com.; L. 7000 e 10 bienni ventes.; cavalc. L. 3000. Scad. 31 mar.

PINZANO AL TAGLIAMENTO (*Udine*). — L. 9000 e sei quadrienni dec.; serv. att. L. 500; mezzo trasp. L. 3000; uff. san. L. 900. Tassa L. 50.10 Scad. 8 marzo.

TREVIGNANO (*Treviso*). — A 30 gg. dal 31 gen.; vedi fasc. 7.

CONCORSI A PREMIO.

Premio Gradenigo.

L'Istituto della Cassa di Risparmio di Venezia in occasione del XXII Congresso della Società Italiana di Otologia, Rinologia e Laringologia, per onorare il nome del presidente del congresso stesso, prof. Gradenigo, ha istituito il « premio Gradenigo » consistente in 3000 lire da conferirsi ad un lavoro sul tema: « Profilassi della tubercolosi laringea ».

Il concorso scade il 30 giugno ed i lavori devono essere inviati al prof. Gradenigo, via Sanfelice 33, Napoli.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà di Medicina della R. Università di Messina, con voto unanime, ha chiamato a covrire le cattedre vacanti di neuropatologia, anatomia umana, dermo-sifilopatia, patologia speciale medica, stomatojatria, rispettivamente i proff. M. Zalla, Castaldi, Fontana, Izar e De Vecchis.

Il dott. Joseph Barcroft è nominato professore di fisiologia all'Università di Cambridge.

Il dott. Howard Fox è nominato professore di dermatologia e sifilografia all'Università Columbia e al Collegio Medico dell'Ospedale Bellevue di New York, in sostituzione del compianto prof. William B. Trimble.

La « Sorbonne » di Parigi ha conferito il titolo di dottori *honoris causa* ai dottori Paulow di Leningrad, Noguchi di New York e sir Ernest Rutherford di Cambridge.

L'Università di Londra ha assegnato al dott. William E. Gye il premio annuale destinato ai diplomati che hanno fatto progredire maggiormente la medicina durante gli ultimi cinque anni, in riconoscimento dell'importanza dei suoi studi sull'eziologia del cancro.

Con R. D. del dicembre scorso il colonnello medico comm. dott. Mario Virgallita è promosso maggiore generale medico, venendo in tal modo premiati i servigi da lui prestati durante la guerra nella zona contumaciale dell'Emilia, quando nel 1915-16 contribuiva efficacemente a preservare le truppe ed il paese dalla minaccia dell'invasione colerica.

NOTIZIE DIVERSE.

VII Congresso internazionale di chirurgia.

Il VII Congresso Internazionale di Chirurgia che avrà luogo in Roma sotto l'alto patronato di S. M. il Re d'Italia, sarà inaugurato in Campidoglio il 7 aprile 1926 con l'intervento di S. M. il Re e S. E. Benito Mussolini.

Presidente del Congresso è il sen. prof. D. Giordano, segretario il prof. L. Dominici.

Le sedute avranno luogo al Policlinico Umberto I, nella sala della Biblioteca della R. Accademia Medica gentilmente concessa dal presidente dell'Accademia prof. Roberto Alessandri, che è il delegato per l'Italia presso la Società Internazionale di Chirurgia.

Ricordiamo che i temi posti in discussione sono: 1) « Curieterapia del cancro uterino », relatori: Buttner (Ginevra), Donaldson e Fosdike (Londra), Pestalozza (Roma), Recasens (Madrid), Regaud (Parigi). — 2) « Ascesso del fegato », relatori: Dominici (Sassari), Petridis (Alessandria di Egitto). — 3) « Terapia dei tumori cerebrali », relatori: Adson (Rochester), Bastianelli (Roma), Brun (Lucerna), De Martel (Parigi), Lozano (Saragozza), Percy Sargent (Londra) — 4) « Chirurgia della milza », relatori: Cortes Llado (Siviglia), Henschen (St. Gall), Leotta (Bari), Papayoannou (Ghezireh).

Al Congresso sarà annessa un'Esposizione di Materiale Sanitario che avrà sede pure nei locali del Policlinico.

Coloro che desiderano avere schiarimenti in proposito possono rivolgersi al prof. L. Dominici, direttore Clinica Chirurgica R. Università di Sassari.

Journées médicales Tunisiennes.

Il Comitato d'organizzazione conferma ai colleghi Italiani quanto segue:

1) Viaggio sulle Ferrovie dello Stato per recarsi ai porti d'imbarco. La Direzione Generale delle Ferrovie dello Stato concede l'applicazione delle riduzioni previste dalla Concessione speciale prima (30 %) in favore dei congressisti italiani. Di tale bonifica l'Ente Nazionale Industrie Turistiche (ENIT) se ne rende garante.

2) Viaggio di mare. La Compagnia Florio, con lettera in data del 6 gennaio 1926, da Roma n. 535, ha accordato la riduzione del 25 % sui noli di passaggio sia per il viaggio d'andata che di ritorno. I congressisti dovranno essere forniti della tessera d'adesione, rilasciata dal Comitato mediante pagamento della quota d'iscrizione di L. 40, a richieste (scontrini) di viaggio che dovranno essere ritirate dalle Agenzie della Compagnia Florio del porto d'imbarco, a giustificazione del rilascio di biglietti a tariffa ridotta.

I porti d'imbarco saranno Napoli, Palermo e Trapani. Delle pratiche fatte presso la Compagnia Transatlantica Italiana, per ottenere sconti sulla linea Genova, Livorno, Cagliari, non hanno avuto fin'ora esito favorevole. I colleghi che desiderano partecipare al Congresso dovranno al più tardi imbarcarsi il 22 marzo a Napoli alle ore diciotto, o a Palermo il giorno 30 alle ore undici o a Trapani alle ore 16 per giungere a Tunisi il giorno 31 marzo nelle prime ore del mattino. Il prezzo di andata, grazie agli sconti, sarà di: Napoli, Palermo, Tunisi (vitto compreso) I cl. Fr. 323,80, II cl. Fr. 205,25; Palermo-Tunisi I cl. Fr. 232,30, II cl. Fr. 147,90; Trapani-Tunisi I cl. Fr. 162,05, II cl. Fr. 119,50, altrettanto per il ritorno: però i congressisti che volessero fare ritorno per via Francia direttamente, o via Algeria, godranno di sconti sulle ferrovie Algerine o Tunisine, o sui piroscafi della Compagnia Transatlantica francese.

I congressisti che faranno ritorno con i piroscafi della Florio s'imbarcheranno il giovedì alle ore 16 per arrivare a Napoli il sabato mattina successivo.

Ultimate le sedute scientifiche del Congresso, vi saranno grandiose escursioni nel Sud della Tunisia a tariffa ridotta: 1) Escursione di 4 giorni (Tunisi, Susa, El-Djem, Sfax, Gabès, Kairouan, Tunisi): prezzo approssimativo 650 franchi tutto compreso; 2) Escursione di 6 giorni (Tunisi, Susa, El-Djem, Sfax, Tozeur, Nefta, Sbeitla, Kairouan, Tunisi): prezzo approssimativo 950 franchi tutto compreso. Iscriversi a queste escursioni prima del 10 marzo.

I medici, farmacisti, veterinari e studenti in medicina, nonchè gli espositori dell'Esposizione d'Igiene, possono aderire al Congresso sino al 10 marzo. Sono ammessi le mogli e i figli dei congressisti.

La quota individuale è di L. 40. Per viaggiare munirsi del passaporto con visto dei Consolati francesi. Il Comitato raccomanda ai futuri congressisti di inviare al più presto le adesioni. Appena ricevuta l'adesione il Comitato invierà agli interessati la lista completa degli alberghi e il prezzo relativo.

I congressisti corrisponderanno direttamente cogli alberghi. A titolo semplicemente informativo i prezzi oscillano dai 15 ai 50 franchi per stanza. Inoltre data la pletora dei congressisti il Comitato dispone di un numero limitato di letti nei dormitorî delle scuole governative a 5 franchi per letto.

Inviare l'adesione con l'ammontare della quota al dott. Plinio Soria, segretario del Comitato italiano, 60, rue de Naples - Tunisi.

Consiglio Superiore della P. I.

La *Gazz. Uff.* dell'8 feb. 1926 n. 31 pubblica il D.-L. 4 feb. 1926 n. 119, il quale reca « Disposizioni sul Consiglio superiore della pubblica istruzione ed altri provvedimenti sulla istruzione superiore ».

Il Consiglio ricostituito si è adunato in sessione straordinaria il 15 corr.; i lavori vennero inaugurati dal ministro Fedele, che lo presiede; rispose il sen. Giovanni Gentile, vice-presidente. Il Consiglio comprende anche i seguenti membri: Bottazzi Filippo, Brondi Vittorio, Calisse Carlo, D'Achiardi Giovanni, De Francisci Pietro, De Stefani Alberto, Donati Mario, Gemelli Agostino, Lori

Ferdinando, Nallino Carlo, Parravano Nicola, Pascale Giovanni, Pende Nicola, Pistelli Ermenegildo, Rocco Arturo, Rossi Vittorio, Scorza Gaetano, Simonetta Luigi, Volpe Gioacchino, Codignola Ernesto.

Il Consiglio ha esaminato gli atti dei concorsi universitari adottando, nelle adunanze del 16 e 17 febbraio, le seguenti deliberazioni. Proposta di approvazione dei risultati dei seguenti concorsi: Sassari, Clinica ostetrica; Parma, Patologia speciale chirurgica; Messina, Clinica delle malattie nervose e mentali; Sassari, Farmacologia e tossicologia; Milano, Patologia speciale medica; Messina, Clinica dermopatica; Bari, Clinica pediatrica; Pavia, Clinica medica; Perugia, Clinica dermopatica; Bari, Clinica pediatrica; Bari, Odontojatria.

Proposta di annullamento dei seguenti concorsi: Cagliari, Patologia speciale chirurgica; Sassari, Clinica oculistica; Sassari, Patologia medica (per quest'ultimo concorso la proposta è di approvazione per il primo graduato e di annullamento per il secondo).

Istituzioni di assistenza sociale in Roma.

L'Amministrazione capitolina ha elaborato e reso noto tutto un programma di riordinamento dell'assistenza sociale; esso comprende, tra l'altro, l'accertamento delle condizioni antigieniche delle abitazioni, la determinazione dei provvedimenti relativi e l'istituzione di un casellario ecografico; la sorveglianza sull'igiene delle scuole; l'incremento delle scuole all'aperto; la propaganda igienica a mezzo di opuscoli, fogli, cartelli, cinematografie; le visite mediche periodiche agli inscritti nell'elenco dei poveri ed agli scolari; una migliore organizzazione delle vigilatrici; l'istituzione di nuovi campi sportivi e di gioco e l'incremento dell'educazione fisica; ecc.

Per il coordinamento e lo sviluppo della lotta antitubercolare in Roma.

L'ulteriore svolgimento della lotta antitubercolare, secondo gl'intendimenti del Governatore di Roma, avrà di mira la possibilità dell'assistenza sanatoriale dei malati, il risanamento edilizio della città in generale e della casa abitata da tubercolosi in modo speciale, la istituzione di colonie di lavoro per tubercolosi, la costituzione del Casellario ecografico generale, posta come base del risanamento igienico della casa. Oltre a ciò la integrazione e coordinazione del servizio delle visitatrici per la tubercolosi con gli altri servizi assistenziali, le provvidenze per i figli di madri tubercolose, in particolar modo per i lattanti, l'incremento dell'igiene individuale del popolo con l'impianto di bagni pubblici nei vari quartieri della città.

Per l'attuazione di questo programma che presuppone lo studio e la risoluzione di formidabili problemi, il Governatore ha nominato una Commissione che dovrà presentare proposte concrete per la coordinazione e l'incremento della lotta antitubercolare; essa è presieduta dal sen. cav. di gr. cr. Filippo Cremonesi, Governatore; ne fanno parte i seguenti membri: prof. dott. Pio Pediconi, rettore dell'Ufficio d'Igiene; sen. prof. Ettore Marchiafava, pres. del Consiglio sup. di Sanità; prof. gr. uff. Vittorio Ascoli, direttore della R. Clinica medica di Roma; dott. gr. uff. conte Alessandro Messea, direttore generale della Sanità pubblica; prof. comm. Achille Angelini, direttore del Sanatorio Umberto I; sen. Giovanni Indri, presidente della Cassa nazionale delle assicurazioni sociali; prof. comm. ing. Giuseppe Calza-Bini, presidente dell'Istituto case popolari; prof. comm. Giuseppe Pecori, direttore dell'Ufficio d'Igiene; prof. comm. Scipione De Rossi, medico capo per la profilassi delle malattie infettive; avv. cav. uff. Alfredo Bruno, capo dei servizi amministrativi dell'Ufficio d'igiene: prof. cav. Carlo Benedetti, medico primario per la profilassi antitubercolare.

Nuova Poliambulanza in Roma.

L'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta ha inaugurato negli splendidi locali di via Arno 88, una poliambulanza destinata sopratutto all'assistenza delle famiglie dei mutilati ed invalidi di guerra (moglie e figli), delle vedove ed orfani di guerra.

Tale poliambulanza è diretta dal prof. comm. Romeo Roselli. Vi prestano servizio per la medicina interna il prof. A. Biasiotti, per l'oculistica il dott. A. Zappalà, per l'otriatria il prof. F. S. Paparozzi e per la pediatria il dott. A. Torossi.

Ci compiacciamo vivamente con i componenti l'Associazione del Sovrano Militare Ordine di Malta per la benefica e patriottica istituzione destinata ad alleviare le sofferenze dei danneggiati dalla guerra.

Un corso di perfezionamento

presso la R. Clinica ostetrico-ginecologica di Roma avrà luogo dal 15 marzo al 15 luglio. Modalità consuete.

Il prof. Francis Rathery.

La facoltà Medica di Parigi ha chiamato, con voti unanimi, il prof. Francis Rathery a succedere al Roger nella cattedra di patologia sperimentale e comparata.

Com'è noto, quest'ultima cattedra era rimasta vacante per il passaggio del prof. Roger alla fisiologia, dopo il ritiro del prof. Richet.

Francis Rathery è uno sperimentatore di alto valore e un eminente scienziato che ha al suo attivo importanti studi e geniali ricerche, ben note anche fra noi, riguardanti in particolar modo le malattie della nutrizione.

Il dott. Dejace.

Apprendiamo che il dott. Dejace abbandona la carica di redattore capo di « Le Scalpel », periodico belga di medicina molto noto ed apprezzato.

Egli verrà sostituito nelle stesse funzioni dal dott. Delchef.

Il Dejace promosse l'Associazione Internazionale della Stampa Medica, la quale ebbe vita attiva nell'ante-guerra, ed a lungo la presiedette. È uno dei giornalisti medici più brillanti ed efficaci. Non vogliamo lasciar passare il suo ritiro dall'agone giornalistico, senza inviargli l'espressione della nostra simpatia e senza ricordargli le relazioni di cordiale colleganza sempre con lui mantenute.

Per il monumento a Camillo Golgi.

L'Associazione Studenti Universitari Pavesi prima ancora che il Municipio di Pavia concretasse la sua nobile iniziativa per il monumento a Camillo Golgi, aveva ideato un programma di propaganda e di azione per attuare la nobilissima opera, associandola ad una sottoscrizione per la Casa dello Studente, che fu sogno e proposito del grande Maestro.

L'Amministrazione comunale si assocerà alla nobile idea degli studenti, e la presidenza dell'A.S.U.P. entrerà a far parte del Comitato cittadino per le onoranze imperiture da tributare al grande scomparso.

Viaggio di medici americani.

Il dott. Beck di Chicago, segretario della « Interstate Postgraduate Assembly of America », è stato incaricato di organizzare il viaggio in Europa, del quale demmo già notizia, di 300 medici americani, con le loro signore. Il viaggio si svolgerà nel prossimo maggio e sarà ad un tempo di istruzione e di divertimento. Comprenderà: Germania, Cecoslovacchia, Olanda, Belgio, Italia. In Italia verranno visitate Roma, Firenze, Pisa, Bologna, Milano e Padova.

Il dott. Beck sta facendo inoltre inviti per i grandi congressi medici che avranno luogo in Cleveland (Ohio) nel prossimo ottobre.

Scuola per masseurs ciechi.

È stata fondata ed è diretta dal dott. Fabre, a Parigi; il diploma viene conferito in seguito ad esame di Stato; il collegio d'esame è composto di 9 membri, di cui 8 medici.

Congresso medico al Giappone.

Il VII Congresso Nazionale Medico del Giappone si terrà a Tokio dal 31 marzo al 6 aprile, sotto la presidenza del dott. Sankichi Sato; comprenderà 21 sezioni, di cui sei nuove, istituite dopo il VI Congresso: fisiologia, farmacologia, biochimica, roentgenologia, tisiologia, strumenti medici.

Durante un viaggio in Indocina è morto E. DESNOS, uno dei più reputati urologi francesi. Ha pubblicato varie opere didattiche o ne ha diretto la pubblicazione; ricordiamo l'« Encyclopédie française d'Urologie » in cui ebbe associati Pousson ed altri valenti urologi. Lascia anche una « Histoire de l'Urologie ». Nel 1896 fondò l'Association française d'urologie e nel 1908 l'Association générale, di cui era tuttora segretario. Fu un ardente e appassionato lavoratore.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 8 Marzo 1926 Fasc. 10

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretta dal prof. GUGLIELMO BILANCIONI

Le mastoiditi a cellule mediali profonde e il loro decorso.

G. BILANCIONI, direttore e S. TRAINA, aiuto.

Ogni mastoidite ha, si può dire, un tipo a sè. Le forme purulente acute o subacute non hanno un sostrato anatomo-patologico unico, ma ne esistono numerose varietà in relazione alle svariatissime forme di mastoide normale. Basta pensare alla costituzione anatomica del processo mammillare per renderci conto della grande disparità di lesioni che possono seguire a un processo osteomielitico di esso, poichè le cavità pneumatiche che vengono invase nella flogosi purulenta, variano di numero, di volume e di rapporti, da individuo a individuo e, nello stesso soggetto, da lato a lato.

È ormai superato il concetto di ricercare solo in corrispondenza della superficie esterna della regione mastoidea i segni dell'invasione purulenta che sconfina dall'orecchio medio; oggi sappiamo che il processo, come s'estende verso l'esterno, così può propagarsi nelle altre direzioni e spesso all'intervento si riscontrano lesioni profonde appena sospettate all'esame più diligente.

A fine scolastico si sono ridotti a schema i gruppi cellulari che più di frequente ricorrono nella chirurgia della mastoide.

Gli anatomici — dallo Zoia al Broca e al Bonomo — hanno descritto numerose varietà ma-

stoidee: fra esse quasi si perde la linea di ciò che rappresenta la regola o costituisce l'eccezione.

Fra la *mastoide eburnea* e quella *pneumatica* o *bollosa*, nella quale al disotto della corticale e della vitrea si ha una massa tutta areolata, esiste una serie di varietà intermedie. Il tipo che dagli anatomici viene considerato « normale » è dato da quell'apofisi che presenta una grande cellula mastoidea (*antro*), che segue al canale timpano-mastoideo (*aditus ad antrum*), attorno al quale vengono a disporsi delle cellule più piccole, separate tra loro da sepimenti ossei. In pratica questo tipo è raro.

Una specie opposta, frequente nelle otiti croniche, è quella che presenta antro piccolissimo e assenza o grande scarsezza di cellule accessorie, mentre il resto della mastoide è formato da osso compatto. Qui l'antro può essere abolito o quasi confuso con l'*aditus ad antrum*.

In altre mastoidi, che stanno fra questi due tipi, si può riscontrare un antro di media grandezza, ma le cellule accessorie non sono disposte in modo concentrico, si mostrano in sedi differenti e variano molto per numero.

Gh. Ferreri ha descritto un tipo di *apofisi mastoide piatta*, in cui l'esame delle cellule circumantrali fa spesso rilevare che sono piccole quelle dirette indietro e in fuori, abbastanza grandi le altre, poste in immediata vicinanza del condotto, mentre il gruppo delle cellule sinuso-digastriche manca.

Secondo la loro ubicazione, a titolo di schema, si possono distinguere otto gruppi principali di cellule, che sono riuniti all'antro per mezzo di un sistema di canali incospicui. A volte si hanno *cellule aberrate*, separate dall'antro mediante setti di tessuto osseo compatto. È intuitivo che non in tutte le mastoidi si vedono uno o parecchi di quesi gruppi bene definiti, ma possiamo trovarli nelle più svariate forme di passaggio oppure appena accennati. Ora, un processo suppurativo che a preferenza si svolge in uno o più di questi gruppi di cavità pneumatiche e che induca necrosi della corticale, permette la propagazione del pus in varie direzioni, dando delle raccolte diffuse in regioni differenti e di varia importanza clinica, come risulta dal seguente quadro:

I. Gruppo di cellule anteriori: Diffusione del pus in avanti, verso il condotto uditivo esterno.

II. Gruppo di cellule esterne: Formazione di raccolte sottoperiostali.

III. Gruppo di cellule mediali profonde o interne: Propagazione verso la rocca petrosa o le prime vertebre del collo.

IV. Gruppo di cellule superiori: Possibile invasione della fossa cranica media.

V. Gruppo di cellule antero-superiori di Gavello: Formazione di raccolte suprameatiche o epitimpaniche.

VI. Gruppo di cellule postero-superiori o di Citelli: Propagazione verso la fossa cranica media e il seno laterale.

VII. Gruppo di cellule inferiori o di Bezold: Raccolte purulente cervicali.

VIII. Gruppo di cellule postero-inferiori: Diffusione verso il seno laterale e la fossa cerebellare.

Una delle forme più frequenti è quella a *diffusione cervicale*, descritta da Bezold. La propagazione del processo può avvenire per tre vie: *a*) per contiguità di tessuto; *b*) per via linfatica; *c*) per via sanguigna. Delle due ultime vie di diffusione metastatica non ci occupiamo; mentre la prima ha grande importanza clinica, specie per il suo meccanismo patogenetico.

Per molto tempo si è abusato della denominazione *mastoidite di Bezold*, intendendo con essa la maggior parte delle raccolte cervicali di origine otitica. Si distinguono oggi altri tipi che hanno caratteri di somiglianza con quello classico, ma ne differiscono per la disposizione delle cellule da cui s'origina la raccolta e per quella dei piani muscolari invasi dal pus.

Citelli, con studi anatomici confortati dall'osservazione clinica, ha descritto una varietà di *ascesso profondo del collo* con sintomatologia affine a quella della forma di Bezold, ma differente per la sua patogenesi. Il pus di un ascesso circum-sinusale può, a traverso il *foro parastilo-mastoideo*, pervenire al disotto dell'attacco posteriore del digastrico e diffondersi al connettivo che attornia il fascio vascolare profondo del collo.

Un'altra varietà di ascesso profondo del collo, pure essa piuttosto rara (2 %), descritta da Citelli, è quella che trova ragione in *deiscenze dell'ultimo tratto della sutura temporo-occipitale*.

Nei bambini, per le speciali condizioni anatomiche, si possono notare raccolte cervicali di altra origine. La scissura di Glaser, non saldata nei bambini per difetto di ossificazione, è via aperta per la diffusione di una raccolta purulenta dalla cassa alla parete laterale faringea, all'articolazione temporo-mascellare, alla loggia parotidea e alla fossa retromascellare. Bilancioni ha descritto, in un bambino, un caso di ascesso flemmonoso del collo e della fossa sottoclavicolare secondario a otite media purulenta acuta senza mastoidite.

Anche l'arresto di sviluppo dell'osso timpanico, che può persistere talvolta anche nell'adulto, costituisce una via di comunicazione fra il condotto e la parotide e quindi verso la regione retromascellare.

Gli ascessi cervicali, sebbene raramente, possono ripetere altra origine. Il foro ovale e il foro rotondo, il foro lacero anteriore e specialmente il foro lacero posteriore, il foro grande occipitale rappresentano altrettante vie di uscita di raccolte purulente endocraniche.

*
* *

A illustrare una non frequente via di diffusione della suppurazione del sistema accessorio dell'orecchio, riferiamo due casi in cui il propagarsi del pus verso il collo e la regione vertebrale era preordinato dalla costituzione anatomica della mastoide, e precisamente dall'esistenza di una ampia cellula mediale profonda.

CASO 1. — B. Rodolfo, di anni 47, da Napoli.

Madre morta in seguito a parto, il padre ha 85 anni e sta discretamente; fratelli e sorelle viventi e sani. Pare non abbia avuto i comuni esantemi; non ha prestato servizio militare perchè di terza categoria. Infettatosi di blenorragia verso il 18° anno, ne guarì dopo circa 10 mesi.

Sposò a 27 anni; la moglie ha avuto una sola gravidanza condotta a termine, il figlio è vivente e sano. Dieci anni fa l'infermo si accorse della comparsa sul'e superfici estensorie dei gomiti e dei ginocchi, di alcune chiazze di psoriasi le quali durano tutt'ora. Nessun'altra malattia degna di nota prima dell'attuale.

FIG. 1. — Radiografia laterale della colonna cervicale e della regione mastoidea del paziente B. Rodolfo, ottenuta dopo alcune medicature. lo stiletto metallico raggiunge il fondo della breccia ossea attraverso la vasta cellula mediale, contigua alle apofisi trasverse cervicali.

Nel settembre u. s. si ammalò di una forma influenzale febbrile la quale ebbe la durata di cinque giorni senza dare alcuna manifestazione apprezzabile da parte dell'orecchio. Dopo circa una settimana di discreto benessere riapparve la febbre, a tipo continuo, e questa volta accompagnata da leggero dolore e ronzio a carico dell'orecchio destro. Si curò con i soliti preparati salicilici dei quali fece uso quotidiano, perchè con essi si attenuavano i disturbi locali e la temperatura si manteneva al disotto dei 37°. In questo tempo, più per consiglio dei familiari che per lo stato di sofferenza, fu indotto a farsi visitare da uno specialista, il quale pare non abbia notato nulla di importante all'esame otoscopico; egli si limitò a consigliare una cura igienica del nasofaringe.

Per un mese ancora l'infermo si sottopose a vitto leggero, a purganti e ad analgesici, poi improvvisamente fu colto da brividi piuttosto intensi che lo costrinsero a letto; ne seguì temperatura elevata a tipo suppurativo con elevazioni serotine intorno ai 39°, e remissioni mattutine con sudore; i disturbi dell'orecchio si accentuarono alquanto pur senza dare sofferenze gravi. Dopo 5-6 giorni la febbre cominciò ad abbassarsi mentre insorgeva difficoltà nei movimenti del collo e dolore spontaneo alla regione mastoidea destra.

All'esame obbiettivo si nota: Individuo di aspetto sofferente e depresso, con sensorio torpido; pallore terreo del viso; mucose visibili pallide. Deambulazione normale; il paziente compie i movimenti del tronco e del collo lentamente e con manifesta sofferenza; tiene il capo rigido, inclinato e ruotato verso il lato sinistro; parla poco, rispondendo sobriamente alle domande rivoltegli. Ha temperatura febbrile, polso regolare.

All'esame otoscopico, a destra si nota il condotto libero da pus con la parete postero-superiore un po' caduta. Quadro timpanico evidente: la membrana tesa ha perduto la sua curvatura normale, appare appianata e ispessita; assenza del triangolo luminoso; nessuna traccia di perforazione. Membrana di Shrapnel integra; regione mastoidea a cute tumida, leggermente edematosa, non arrossata; lo scheletro mastoideo appare come svasato *in toto*. La dolenzia provocata dalla pressione è avvertita profondamente; non si ha dolore spontaneo. La sensibilità dolorifica si risveglia egualmente in tutto l'ambito della mastoide, senza speciali punti di elezione sino indietro sulla proiezione del seno trasverso e sulla punta. La pastosità esistente sulla mastoide si continua va senza limiti netti lungo la regione laterale del collo e un po' indietro verso la nuca: tutta questa regione è a cute tesa, a resistenza duro-elastica, profonda; fortemente dolente in corrispondenza delle apofisi trasverse e della inserzione dello sterno-cleido-mastoideo. Il dolore si accentua notevolmente cercando di far compiere al paziente i movimenti passivi di lateralità del collo.

L'esame del naso mostra una modica rinite ipertrofica prevalente a destra. La parete laterale destra faringea non presenta nulla di notevole.

Intervento operativo. — Narcosi cloroformica ben sopportata. Incisione di Wilde; corticale fortemente iperemica e molto spessa. Mastoide a tipo pneumatico in preda a osteomielite diffusa con cellule piene in parte di pus cremoso fluente e in parte di granulazioni. Il processo suppurativo si estende indietro sino a ridosso della doccia del seno e alla punta, che è tutta invasa dal processo e che viene demolita totalmente. Antro ampio, profondo, da cui esce pus sotto pressione. L'accurata toletta dell'ampia cavità mastoidea mostra le pareti profonde integre eccetto in un punto in cui esistono delle granulazioni: col cucchiaio tagliente, allontanandole, si penetra in un'ampia cellula mediale, diretta verso le vertebre, situata in corrispondenza dell'unione del terzo medio col terzo inferiore; in essa il pus si rinnova continuamente, provenendo manifestamente dalla regione cervicale profonda: infatti basta una modica pressione sul collo per aumentarne il deflusso. Ampliata la breccia verso il suo sbocco esterno si nota subito l'impossibilità di demolire, a meno di non ledere il nervo facciale, tutto il tratto osseo che separa detta cellula dalla regione della punta: si decide quindi di praticare una controapertura al davanti dello sterno-cleido-mastoideo. Allontanando all'esterno fortemente detto muscolo, e operando per via smussa, si raggiunge la raccolta purulenta del collo. Ci lasciamo guidare in questa manovra dalla infiltrazione lardacea del tessuto connettivo interstiziale situato in corrispondenza della regione laterovertebrale, poichè non è possibile ricorrere all'introduzione di una sonda o di un klemmer ricurvo per penetrare dalla breccia mastoidea sino al collo. Fatte le solite medicature si ottiene in breve la guarigione definitiva.

CASO 2. — Cec. Narcisa, di anni 45, da Vicarello (Pisa).

Prima dell'attuale, pare non abbia sofferto alcuna malattia degna di nota, all'infuori di un breve periodo febbrile, iniziatosi tre anni or sono e che per il decorso tipico e per la zona abitata dall'inferma, fu curato come malaria; ne guarì dopo circa 20 giorni. Gravidanze a decorso normale; figli sani. Un mese prima dell'attuale ricovero in Clinica, in seguito ad influenza, incominciò a soffrire di otalgìa sinistra, con lieve elevazione febbrile, cui seguì, dopo 5 giorni, una scarsa secrezione purulenta. Questa durò circa 3 giorni e al suo cessare ricominciarono più violenti i dolori auricolari. Iniziò allora l'applicazione di compresse caldo-umide, le quali provocarono in breve l'attenuazione dei dolori e la ricomparsa dello scolo purulento. Contadina, abituata a tutte le fatiche, approfittò di questa remissione dei sintomi per accudire al lavoro dei campi, ma ben presto si ebbe un improvviso aggravamento, caratterizzato da dolori gravativi diffusi a tutta la metà sinistra del capo, senza imponenti elevazioni febbrili, con scarso scolo purulento, ma che resero l'inferma come intontita e in preda ad una angosciosa preoccupazione.

In questo stato si presenta all'ambulatorio.

Esame obbiettivo generale e locale. — Stato generale mediocre; nulla di speciale agli organi interni. Sensorio depresso, modica limitazione dei movimenti del collo e specialmente di quelli di lateralità sulla spalla destra.

Condotto uditivo ampio con scarsa secrezione nel fondo; quadro timpanico modificato per la protrusione notevole dei quadranti posteriori e dell'anteriore-superiore; la membrana appariva

ispessita, arrossata *in toto* per numerose ectasie dei vasi; il quadrante antero-inferiore era fortemente retratto e una incospicua perforazione era in gran parte dissimulata da un accumulo di squame e di secreto denso. Il manico del martello appariva inglobato nel tessuto della membrana. Sulla regione mastoidea, che appariva di cute normale e con solco retroauricolare conservato, si notava leggera dolenzia di tutta la superficie dell'apofisi. La proiezione dell'antro non mostrava una speciale suscettibilità dolorosa. Si aveva invece una più vivace reazione in corrispondenza della doccia del seno, in dietro e in basso dalla punta e anche sulla regione laterale

FIG 2. — Radiografia frontale della colonna cervicale e della regione mastoidea della paziente Cec. Narcisa, ottenuta subito dopo la prima medicatura: lo stiletto metallico raggiunge il fondo della breccia ossea attraverso la vasta cellula mediale, contigua alle apofisi trasverse cervicali.

del collo, lungo una linea corrispondente alle prime apofisi trasverse, linea ove si notava una certa pastosità profonda.

Nulla di notevole al naso-faringe.

L'esame della storia, le oscillazioni nel decorso della complicazione auricolare, lo stato della membrana timpanica, che deponeva per l'esistenza di una raccolta nella cassa a insufficiente deflusso, i segni netti dell'estrinsecarsi oltre la mastoide e specialmente verso il collo della flogosi suppurativa; lo stato di sofferenza vago, ma continuo e penoso della paziente, ci indussero all'intervento.

Intervento operativo. — Narcosi eterea bene sopportata. Staccato il periostio, si nota una intensa congestione della corticale, la quale appare di colorito grigio bluastro, con numerosi vasi emissari sanguinanti. Le cellule mastoidee, ampie, di cui una molto notevole occupa parte della punta, appaiono in preda a processo osteomielitico; una discreta quantità di pus si scopre in corrispondenza dell'antro, che trovasi situato profondamente.

Il seno presenta un decorso anomalo: è molto procidente, si spinge verso l'antro, poi torna bruscamente indietro formando un ginocchio a piccolo angolo di apertura. Ha perduto la sua lucentezza normale; in qualche punto è coperto da piccole granulazioni; non pulsa.

Procedendo nella demolizione della mastoide, raggiunto il suo piano profondo, in un tratto compreso fra l'unione del terzo superiore coi due terzi inferiori, si osserva, dal tessuto in preda ad osteomielite, e attraverso granulazioni, la fuoriuscita di pus denso, cremoso, sotto pressione; allargata in quel punto la breccia operatoria si nota che il tratto occupato dalla secrezione purulenta è vasto e profondo, in modo da portare la suppurazione verso la regione vertebrale. Il cucchiaio tagliente, approfondendosi, dà netta la sensazione di una vasta cavità, poichè si tratta di una grossa cellula a sede mediale, di forma ovoide, con un polo quasi a contatto delle prime vertebre cervicali. Si vuota ampiamente e dopo accurata toeletta si zaffa con garza iodoformica.

⁂

Seguendo la storia clinica e lo stato anatomo-patologico dei due casi illustrati risulta evidente l'influenza che, nello svolgimento del processo, ha avuto la presenza di un sistema cellulare profondo e mediale in queste forme di mastoiditi. Il processo nel primo caso, per la maggior durata di esso e poichè il malato si è presentato tardivamente al nostro esame, ha portato alla formazione di una enorme raccolta cervicale la quale invece, nel secondo caso, stava appena per iniziarsi data l'epoca più recente dell'inizio del processo.

Ancora una volta la costituzione morfologica di un organo viene a influire sulle manifestazioni e sul decorso di un processo infettivo acuto. La presenza delle cellule mastoidee mediali porta alla costituzione di una raccolta purulenta cervicale profonda, che per la sua sede resta a lungo nascosta e poco evidente, e tende — non avendo facili vie di estrinsecazione — alla cronicità. In dipendenza di ciò, anche la sintomatologia della complicazione otitica è, almeno da principio, oscura e poco netta, ed è soltanto da sospettarsi dalle sofferenze continue, dal dolore gravativo profondo, dalla rigidità del collo, dall'atteggiamento coatto del capo dell'infermo.

OSPEDALE CIVILE DI S. ANGELO IN VADO
Direttore: dott. G. ZAMBONI.

Un nuovo caso di spondilite traumatica di Kümmell controllato radiograficamente

per il dott. BASENGHI FRANCESCO, assistente.

L'entità patologica, che Kümmell definì per primo come spondilite traumatica, trova assai spesso conferma nel suo tipico quadro, in quei casi di lesione della colonna vertebrale, nei quali la sintomatologia appare con manifestazioni a carico delle radici nervose e con alterazioni dello scheletro, comparse solo tardivamente.

Per una più completa conoscenza diagnostica, credo che a conferma ed a chiarimento dell'interpretazione possa giovare l'illustrazione di un nuovo caso da aggiungere ai pochi, raccolti nella letteratura.

L'immagine radiografica, il succedersi dei fenomeni subiettivi, come il riscontro dei dati obbiettivi, concordano nel nostro caso troppo esattamente per poter porre il dubbio non trattarsi di morbo di Kümmell.

Riferisco brevemente la storia clinica, cui faccio seguire alcune considerazioni diagnostiche.

Anamnesi remota. — E. Giac., da S. Angelo in Vado (Pesaro), di a. 18, sarta.

Ha anamnesi negativa paterna, materna ed ancora individuale, per quanto si riferisce a tubercolosi e a lue.

Nata a termine da parto fisiologico, ha sofferto il tifo all'età di otto anni, senza riportarne conseguenze. Sviluppo regolare e proporzionato dello scheletro. Non ha mai riportato nè traumi diretti, nè indiretti, nè ha mai sofferto malattie sistematiche dello scheletro.

Anamnesi prossima. — La ragione per la quale si sottopose ad un nostro esame d'ambulatorio (avvenuto il 16 luglio 1924), lì per lì non è apparsa riferibile a causa traumatica, in quanto la p. non localizzava un dolore specifico in un punto determinato e tanto meno rammentava di qualche caduta recente.

A noi accusò dolore alle regioni lombari, facile stanchezza, disturbi vaghi nella deambulazione e nella stazione eretta. Tali dolori, a detta della p., andarono accentuandosi ed aggravandosi, specialmente per il sopraggiungere di parestesie nell'arto inferiore destro.

Più tardi tale dolorabilità si circoscrisse alla radice della coscia, nei muscoli glutei ed adduttori e fu costante tanto di giorno che di notte.

Non ebbe mai rialzi termici.

Richiamando l'attenzione dell'ammalata ed indagando più minutamente sul suo passato, siamo venuti a conoscere come il 25 dicembre 1922 nel scendere le scale, messo un piede in fallo, cadeva, battendo con la regione sacro-coccigea e scivolava sulla stessa, fino al pianerottolo sottostante. Rialzatasi da sola, accusò dolori nella regione traumatizzata, i quali però dopo qualche giorno scomparvero completamente.

Successivamente e dopo brevissimo tempo si manifestava una vaga dolorabilità alla regione dorso-lombare, che però presto scompariva senza lasciare traccia di sè. A distanza di parecchi mesi ricomparvero dei dolori al dorso, specialmente irradiantisi al fianco destro e formicolio all'arto inferiore dello stesso lato.

Tali dolori subirono delle alternative di accentuazione e di diminuita intensità, fino quasi a scomparire nuovamente.

Tre mesi fa disturbata di nuovo da dolori al dorso e alla radice della coscia destra si sottoponeva al nostro esame.

Esame obbiettivo. — Trattasi di giovane nell'aspetto piuttosto deperita, di costituzione non tanto robusta, scarsamente nutrita.

Nello sviluppo dello scheletro, che è proporzionato nei vari segmenti, si riscontrano gli esiti di un pregresso ritardato accrescimento. Non si palpano ingorghi ghiandolari nelle comuni sedi.

L'esame dell'apparato respiratorio è negativo per la presenza di lesioni specifiche in atto o esiti di queste.

La p. osservata in piedi, mentre al davanti presenta una obliquità da sinistra a destra della linea bispino-iliaca, rispetto al piano orizzontale (dato che sta a rilevare una rotazione del bacino), osservata dorsalmente mostra una deviazione del solco intergluteo di destra ed una deviazione della colonna vertebrale, la quale si presenta in atteggiamento di cifo-scoliosi, lombo-dorsale, destroconvessa.

Mentre l'emitorace di destra presenta gli *anguli custarum* più acuti, quelli di sinistra sono più distesi e appiattiti. Il fianco destro rimane più spiccato per una maggiore sporgenza dell'anca.

La pressione diretta sulla cifosi (che è costituita dalla prominenza delle apofisi spinose della 1ª e 2ª vertebra lombare) non suscita che scarso dolore, mentre invece quella praticata sulle reg. lombo-iliache dà dolore squisito, irradiantesi fino alla piega inguino-crurale.

Le altre manovre, per stabilire la presenza di dolore lungo il rachide e la limitazione funzionale di esso, dimostrano come effettivamente la colonna vert. sia tenuta obbligata dallo stato di contrazione e di rigidità della valida massa sacrolombare. Infatti i movimenti di lateralità accentuano maggiormente la curva scoliotica, quello di estensione, assai limitato, suscita forte dolore: molto ostacolato è quello di rotazione.

L'andatura della p. è in atteggiamento di rigidità del dorso e si osserva inoltre una leggera claudicazione sul lato destro.

I riflessi patellare e plantare sono poco accentuati, così pure il riflesso achilleo. La continenza degli sfinteri rettale e vescicale è normale. L'esame della sensibilità e della motilità è normale, quantunque esista un certo grado di ipoestesia nel territorio dello sciatico e del crurale di destra.

Esame radiologico. — La proiezione antero-posteriore mette in evidenza come la linea, data dall'immagine delle apofisi spinose devii verso destra a cominciare dalla 11ª vertebra dorsale e raggiunga la sua massima angolazione sulla 1ª vertebra lombare, per poi passare con direzione opposta in corrispondenza della 2ª e 3ª vertebra lombare.

Il focolaio di massima lesione traumatica ha sede sul corpo della 1ª vertebra lombare nella sua

metà sinistra. Per detta lesione risulta che lo spazio intervertebrale fra 11ª e 12ª vertebra dorsale è più ampio a sinistra mentre è completamente scomparso fra 12ª e 1ª vertebra lombare.

Nell'insieme i due corpi della 12ª e 1ª vertebra, dato lo schiacciamento di parte di quest'ultima, oltrepassano di poco l'altezza di un corpo vertebrale normale. Però questa diminuzione d'altezza è a spese dello schiacciamento del corpo della 1ª vertebra lombare.

Infatti esiste una zona di assorbimento lacunare che non ha a che vedere con la carie ossea, che si osserva di abitudine nelle lesioni da processo di natura tubercolare. Viceversa attorno ad un focolaio di lesione che ha portato all'assorbimento del tessuto osseo, non vi è traccia di processo di riparazione e tanto meno di reazione osteo-periostea.

Quindi assorbimento osseo puro (specie del tessuto spugnoso) da alterata nutrizione, non già distruzione, determinata da immediato insulto traumatico o da causa batterica.

Sinistra Destra

Nel punto di contatto fra la metà sinistra dei due corpi vertebrali, si osserva una zona di addensamento disposta a scodella, cui corrisponde per contrario una zona di assorbimento (rarefazione lacunare del corpo della vertebra sottostante). Data questa zona di assorbimento osseo della 1ª vertebra lombare, il corpo della 12ª vertebra dorsale s'incunea in detta vertebra.

Non vi è alcun accenno nel contorno dei corpi del lato in parola, di neoformazione ossea per saldatura o riparazione. La fusione poi fra le superfici articolari delle due vertebre non è che apparente, in quanto fra le due superfici dei corpi, si può intravedere nettamente una linea chiara, frastagliata, che sta a dimostrare una contiguità e non una continuità.

Diagnosi. — Soltanto per l'osservazione del radiogramma si può porre la diagnosi di: spondilite traumatica di Kümmell.

È appunto il fatto dell'assoluta mancanza di reazione del focolaio, in una lesione di cui dobbiamo far risalire la sua origine a due anni addietro, che ci convince di non essere dinanzi a un processo infiammatorio comparso nè recentemente nè tardivamente, nè ad un processo cronico a carattere distruttivo od iperplastico, poichè di tutti manca la fisionomia: ma ci troviamo di fronte ad una lesione che pur essendo di vecchia data, ha tutti i caratteri di una frattura recente, senza nessuna tendenza alla riparazione.

La ricomparsa del dolore che è avvenuta *tardivamente*, a distanza di 16 mesi, coincide appunto

con il reperto radiografico che come abbiamo detto è l'interpretazione di una lesione recente da un lato e dall'altro mostra caratteri di alterazione ossea (assorbimento), che sono indiscutibilmente l'esito di un processo osteitico, svoltosi inosservato, nel corso di un lungo periodo di tempo.

Ci troviamo così di fronte ad una alterazione ossea che è comparsa secondariamente, manifestandosi coi caratteri di una frattura recente, in un focolaio di pregressa contusione.

Perchè allora non spiegare il ritardo della sindrome se non ammettendo che in un primo tempo ci sia stato lo schiacciamento del tessuto spugnoso di un corpo, senza scomposizione dei rapporti fra segmento e segmento della colonna vertebrale, e più tardi soltanto le cattive condizioni trofiche della parte contusa, la diminuita resistenza del tessuto, l'alterata funzione di muscoli e legamenti abbiano permessa la modificazione fra gli elementi statici e quindi dei rapporti fra i corpi vertebrali, dando luogo alla sindrome di frattura con formazione di gibbo e fenomeni neuritici?

*
* *

La discussione sorta fra i vari AA. (Verneuil, Chipault, Schede, Pieri, ecc.), trova, anche nel mio caso, motivo di conferma dell'esistenza della forma di « Kümmell » specie nella sua interpretazione. Per questo e per quanto sono venuto esponendo dal punto di vista radiografico, ritengo che il caso da me illustrato non metta alcun dubbio sulla esatta etiopatogenesi, ed escluda quindi i processi ad andamento cronico, sia tubercolari che luetici, ed ancora quelli a fondamento reumatico, artritico, neuropatico.

*
* *

Dalla prima osservazione dell'ammalata ad oggi ho potuto convincermi come con la cura ortopedica del corsetto gessato, si sia già ottenuto un sensibile miglioramento, con la scomparsa della sindrome nervosa e con una migliorata attitudine della p. alla stazione eretta ed ancora alla deambulazione.

S. Angelo in Vado, 1° agosto 1925.

BIBLIOGRAFIA.

BALTHAZARD. *Un caso di spondilite traumatica, con autopsia (malattia di Kümmell)*. Revue de chirurgie, vol. 49, pag. 276, 1914.

BERGMANN, BRUNS. *Trattato di chirurgia pratica*, vol. II, 2ª edizione italiana, pag. 804, 1919.

BRODNITZ. *La maladie de Kümmell*. « Zeischr. f. Chirurgie », vol. 2°, 1903.

CAPRIOLI. *Deformazioni tardive della colonna vertebrale consecutiva a trauma*. Giornale internazionale di scienze mediche, 1914, n. 17.

FERRANINI. *Spondilite traumatica*. Lezione clinica, Studium, anno II, n. 2, 20 fabbraio 1921.

FORGUE. *Compendio di patologia chirurgica*, 2ª edizione, vol. 2°, traduz. italiana, Soc. Editr. Libr., 1920, pag. 92.

GLASER. (Berlin Schoneberg). *Studio sulla spondilite traumatica*. « Med. Klinik », 1918, n. 15.

KÜMMELL. *Sulla spondilite traumatica*. « Deutsch. mediz. Wochenschr. », 1895.

PIERI. *Le lesioni traumatiche della colonna vertebrale*. « Archivio di ortopedia », vol. 33°, cap. 6°, pag. 266, 1915.

ROSSI A. *Le spondiliti post-traumatiche e la loro cura* « La chirurgia degli organi di movimento », vol. 5°, fasc. 1°, 1921, pag. 17.

VERNEUIL. Bulletin de l'Académie de médecine, vol. 40°.

ZAMBONI G. *Contributo alla conoscenza della « Spondilite traumatica di Kümmell »*. La chirurgia degli organi di movimento, vol. V, 1923.

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA
II PADIGLIONE CHIRURGICO
diretto dal prof. O. MARGARUCCI.

Frattura dello scafoide del tarso.

Dott. MARIO MARGOTTINI, assistente.

A. M., di 25 a., il 22 novembre 1924, saltò da una finestra di un secondo piano e cadde al suolo battendo i piedi. Provò vivo dolore in corrispondenza del perineo e di ambedue i piedi, specialmente del d. tanto che non potè sollevarsi da terra nè camminare.

Entrava in Ospedale poco dopo, all'esame obiettivo presentava:

Vaste ecchimosi, alla regione perineale e contusioni superficiali multiple degli arti inferiori. Sul piede sin. alquanto tumefatto ecchimosi in corrispondenza dell'articolazione tibio-tarsica: non si apprezzavano segni di lesione dello scheletro.

I movimenti attivi e passivi erano possibili senza provocare grande dolore.

Il piede d. era notevolmente tumefatto ed ecchimotico specialmente sulla sua faccia interna e sul dorso; l'avampiede lievemente flesso e addotto.

Con la palpazione si provocava dolore vivo sul bordo interno del piede a livello dello scafoide e della testa dell'astragalo.

I movimenti attivi erano limitatissimi; possibili quelli passivi di flessione ed estensione, impossibili e dolorosi quelli di adduzione e abduzione.

La radiografia dimostrò frattura trasversale del corpo dello scafoide d. con spostamento dorsale del frammento superiore; nulla a carico delle altre ossa del piede d. e dello scheletro del piede sin.

Si fece una fasciatura lievemente compressiva che venne tolta il 5° giorno. Il gonfiore diffuso del piede d. era notevolmente diminuito, il bordo interno presentava in corrispondenza dello scafoide una sporgenza liscia grande quanto una grossa mandorla, di consistenza ossea, dolente alla palpazione anche superficiale.

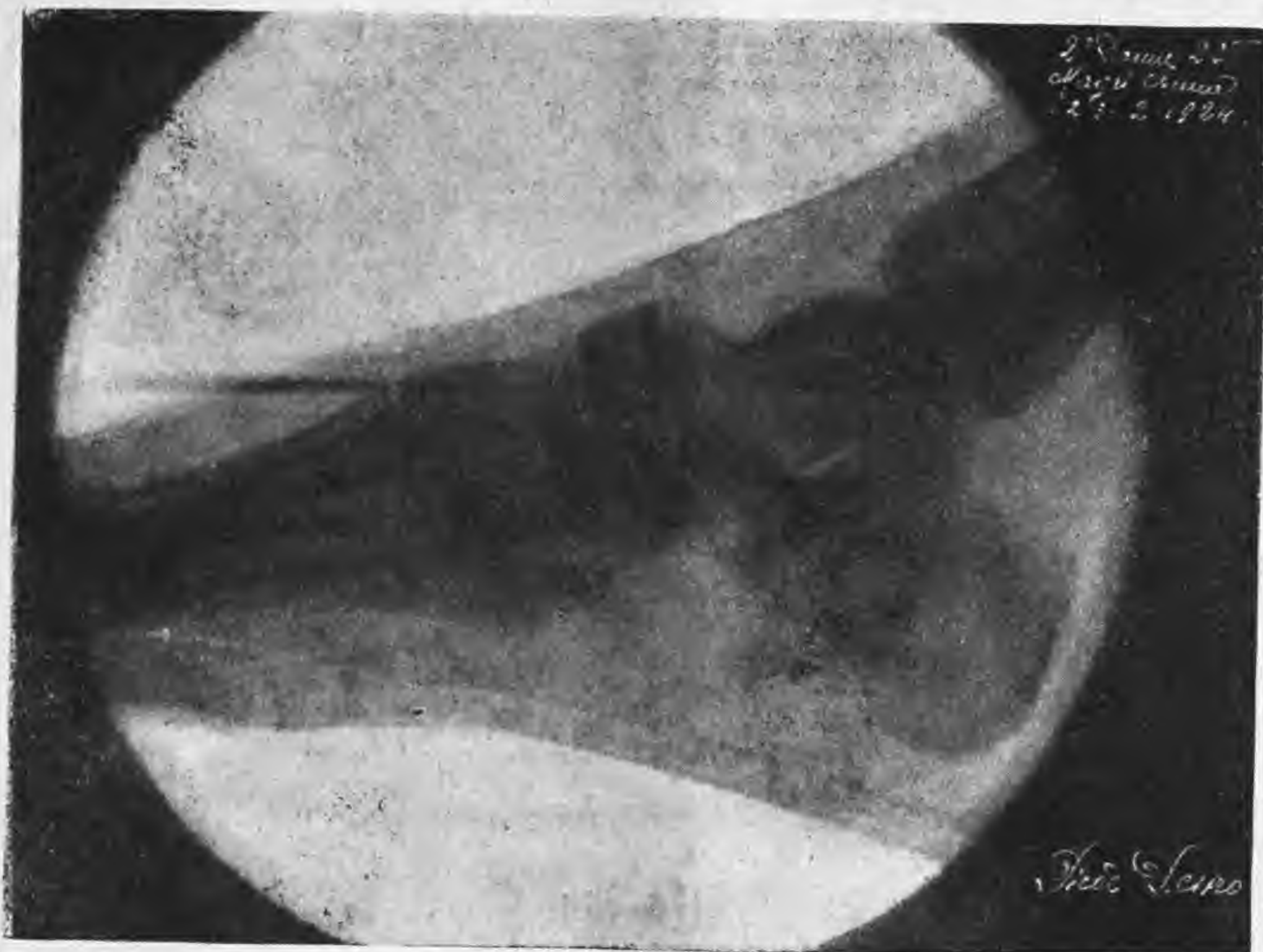
Ridotto il frammento spostato e posto il piede in flessione ad angolo retto sulla gamba si applicò una fasciatura gessata, molto imbottita sul dorso del piede, che venne rimosso dopo 13 giorni per cominciare i massaggi e i movimenti passivi.

Il 9 aprile 1924 la p. era in condizioni ottime: camminava senza dolore e accusava lieve molestia al piede d. soltanto dopo molte ore che stava in piedi.

Sul dorso del piede d. verso il bordo int. con la palpazione si apprezzava una lieve sporgenza indolente, a scalino.

in iperestensione. Quando il piede urta contro il suolo lo scafoide compresso tra l'astragalo che si sposta in avanti trasmettendogli il peso del corpo, e la fila anteriore delle ossa del tarso si frattura per schiacciamento.

La frattura poi può essere biframmentaria (trasversale o verticale); triframmentaria (a γ); comminutiva. (Tanton).

È ovvio che lo spostamento dei frammenti nelle fratture semplici avvenga soltanto nella varietà trasversale o in quella a γ.

Data l'improvvisa uscita della p. dall'Ospedale e la sua partenza da Roma non fu possibile eseguire una seconda radiografia.

Le fratture dello scafoide tarsale sono poco frequenti e si verificano per lo più in associazione a fratture delle altre ossa del tarso.

Le fratture isolate sono piuttosto rare e per questo non ho creduto inutile riferire il caso presente.

La radiografia ha portato un prezioso contributo allo studio di questa lesione, permettendo di individuarla molto più spesso di quanto prima si ammetteva.

La frattura dello scafoide eccezionalmente è dovuta a causa diretta, giacchè è necessario che il trauma agisca su una superficie molto limitata, abitualmente essa è dovuta a causa indiretta.

Dall'esame della letteratura risulta che tra i momenti etiologici più importanti il più frequente, forse, è una caduta dall'alto sulla punta del piede.

Allorchè si precipita da una certa altezza cadendo sui piedi questi si trovano abitualmente

Esso è condizionato alla resistenza dei legamenti astragalo-scafoidei e cuneo-scafoidei e alla pressione esercitata dall'astragalo.

Per i rapporti anatomici dello scafoide lo spostamento interessa sempre il frammento superiore che è spinto in alto e viene a sporgere sul dorso del piede.

Infatti dei legamenti su citati quelli che vengono maggiormente stirati sono i più deboli, i dorsali; se essi cedono la pressione dell'astragalo in avanti e in basso sullo scafoide spinge il frammento superiore in alto.

Questo deve essersi verificato nel caso in esame in cui appunto si è avuto un modico spostamento in alto del frammento superiore. Tale spostamento può raggiungere il suo massimo grado allorchè cedono anche i legamenti cuneo-scafoidei, perchè allora il frammento superiore liberato da ogni mezzo di attacco non offre nessuna resistenza all'azione dell'astragalo, e può venir spinto, quasi fosse enucleato, sotto i tegumenti.

La diagnosi delle fratture dello scafoide necessita il sussidio dei R. X; senza la radiogra-

fia non si può fare che una diagnosi di presunzione (Reitzfeld). Le diagnosi differenziali più importanti da tenere in considerazione sono, oltre la contusione e la distorsione, la frattura del collo dell'astragalo con lussazione della testa, e « l'os tibiale externum » (Luschka) nei rari casi di frattura del tubercolo scafoideo.

La prognosi « quoad functionem » è riservata poichè lo scafoide è un pezzo importante dell'arco normale del piede.

Le fratture dello scafoide abbandonate a sè stesse possono evolvere nel piede piatto valgo traumatico che si stabilisse primitivamente, o più spesso secondariamente allorchè il p. comincia a camminare (Tanton).

A tale evoluzione dannosa si associano spesso contratture muscolari ed eventualmente artrite medio-tarsica, con dolori persistenti nello stare in piedi e nel camminare (Wood).

Per queste ragioni Mc. Ausland e Wood allorchè sia impossibile ridurre il frammento spostato e mantenere il piede in inversione consigliano l'intervento precoce e sistematico che è privo di pericoli e permette di ottenere una migliore funzione e un disturbo statico minore.

L'intervento consiste nel togliere il frammento, o meglio nell'escidere tutto lo scafoide, lasciando quanto più è possibile il periostico perchè si possa rigenerare l'osso.

In generale nelle fratture semplici non complicate, come è per lo più quello trasversale, alla cura cruenta si ricorre soltanto tardivamente in caso di persistenza dei disturbi funzionali e del dolore.

L'intervento precoce trova la sua indicazione sistematica, nelle fratture con spostamento grave, irriducibile del frammento mobilizzato, per esempio, quando esso si sia posto al disopra dei cuneiformi.

Anche nelle fratture comminutive alle quali seguono necessariamente alterazioni gravi dell'arco plantare, l'ablazione dei frammenti si presenta come il mezzo di cura più razionale.

L'immobilizzazione in un apparecchio gessato che va fortemente imbottito sul dorso del piede per evitare decubiti, non deve essere prolungata oltre i 10 giorni secondo alcuni, oltre i 20, secondo altri. Tolto l'apparecchio si deve subito cominciare la meccanoterapia. Al p. sarà permesso di camminare, usando dapprima le stampelle, verso la 4ª e 6ª settimana secondo la gravità della frattura (Reitzfeld).

Wilms e Reitzfeld consigliano l'uso di una scarpa corretta da una elevazione di 1/2 cm. circa sul bordo interno, per impedire la deformazione del piede.

Ringrazio il prof. O. Margarucci che mi ha permesso la pubblicazione del caso clinico.

BIBLIOGRAFIA.

ABADIE e RAUGÈ. Revue de Chirurgie, 1910.
H. LANDROHER. Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, vol. XIX.
NICOLETTI. IV Congr. It. Ortopedia, 1908.
I. REITZFELD. Annals of Surgery, 1920.
SERAFINI. Archivi Ortopedia, 1908.
M. AUSLAND e WOOD. Annals of Surgery, 1910.
TANTON. *Fractures du membre inférieur.*

NOTE E CONTRIBUTI.

CASA DI CURA FATE BENE FRATELLI - BRESCIA.

Alcune considerazioni sulla pressione manometrica nella cura col pneumotorace artificiale

per il prof. EUGENIO CURTI.

Richiamo prima brevemente alcune nozioni di manualità di tecnica di costituzione di pneumotorace già altrove (1) esposte più diffusamente.

Durante la prima puntura per la costituzione del pneumotorace, in un paziente affetto di tubercolosi polmonare che presenti tutte le indicazioni e condizioni permettenti la cura, quando noi arriviamo colla punta dell'ago nello spazio virtuale pleurico, (escludo a priori ogni intasamento dell'ago), per la pressione negativa ivi costantemente esistente, il manometro annesso all'apparecchio per pneumotorace entra in funzione, cioè il liquido del manometro, sale progressivamente e senza oscillazioni, durante le inspirazioni, raggiungendo valori che possono arrivare fino a 25 cm. sopra zero.

Questo, ripeto, se esistono dal punto di vista dell'apparato respiratorio, tutte le condizioni permettenti la cura.

Così non avviene se vi sono aderenze pleuriche o alterazioni nella costituzione anatomica del polmone. Nel caso di aderenze pleuriche, l'aspirazione della colonna liquida, può o mancare assolutamente o essere minima, sempre però negativa e mai positiva. Pur persistendo aderenze pleuriche totali, noi possiamo riscontrare oscillazioni della colonna manometrica sincrone cogli atti respiratori · ciò si verifica quando, coll'ago, si punge il polmone e si arriva ad un alveolo polmonare.

(1) Prof. E. CURTI. *Il pneumotorace terapeutico*, 1924. Soc. Ed. Cooperativa Tipografica Bresciana.

La colonna manometrica oscillerà innalzandosi sopra 10 C. nella inspirazione e, abbassandosi sotto 10 C. nella espirazione però con variazioni di poca entità. La prova della respirazione arrestata ci dirà trattarsi di una puntura pervia.

Avvenuta l'entrata dell'aria entro il cavo pleurico, anche se la raccolta pneumotoracica è piccola, avremo la comparsa di oscillazioni più o meno ampie, a seconda dei casi, ma sempre negative, maggiori nelle inspirazioni e minori nelle espirazioni.

Le oscillazioni della pressione manometrica, dipendono per la inspirazione, dall'azione dei muscoli volontari della respirazione e dalla capacità di distensione e contrazione del polmone (condizioni del parenchima polmonare e libertà di movimenti).

Un polmone con aderenze pleuriche non potrà ritrarsi e la colonna manometrica poco potrà essere aspirata. Un polmone enfisematoso, poco elastico, un polmone cirrotico, epatizzato, o con vaste zone caseose, poco potrà ritrarsi e aspirare.

Per ciò che riguarda l'espirazione, l'oscillazione della colonna, dipenderà esclusivamente dalla contrazione del polmone (essendo il gas compresso tra parete toracica rigida e polmone); cioè dalle condizioni anatomo-patologiche e funzionali del polmone, e queste oscillazioni, ci indicheranno quale è lo stato funzionale del polmone stesso.

Nella regolazione della cura pneumotoracica è di indispensabile necessità tener nota della pressione manometrica. Alcuni tengono conto della sola pressione massima inspiratoria; altri solo della minima espiratoria, altri fanno una media delle due pressioni.

Comunemente in Italia, si tiene nota della massima inspiratoria e della minima espiratoria, sia prima che dopo l'introduzione del gas e si usa tener nota nel seguente modo: per es.:
2°) rifornimento —20 —10 introd. 500 cmc. —10 —4

Una buona conoscenza di ciò che significa pressione manometrica, è indispensabile per ben regolare la cura pneumotoracica ed ottenere buoni risultati terapeutici. Non basta saper instituire un pneumotorace, mi diceva Forlanini, bisogna saper bene regolare la cura.

Nell'osservare i valori manometrici, è consigliabile non tener conto della prima cifra indicata dalla colonna manometrica, ma invitare il paziente a respirare varie volte per ottenere valori manometrici massimi, stabili e sicuri.

I valori manometrici inspiratori vanno diminuendo dopo le prime punture, sono tanto più brevi e uniformi quanto più completo è il collasso polmonare, e nei pneumotoraci completi, un po' tesi e di antica data, sono dati in gran parte dalle oscillazioni del mediastino per l'aspirazione del polmone opposto.

I valori manometrici espiratori, diminuiscono e si fanno positivi nel corso della cura e sono quasi sempre in relazione coll'indirizzo curativo voluto dal medico.

In tesi generale, noi troviamo oscillazioni ampie con prevalenza della pressione negativa ne' pneumotorace ampio, senza aderenze e con polmone ben compressibile.

Troviamo oscillazioni più o meno ampie con valori espiratori uguali o superiori agli inspiratori nei casi di aderenze pleuriche.

Troviamo oscillazioni brevi con prevalenza della pressione negativa nei casi di diminuita elasticità polmonare per enfisema, sclerosi, vasta caseosi, pur essendo il cavo pleurico libero da aderenze.

Richiamati questi principi di indole generale, vari quesiti si possono ora presentare.

Quale è la pressione alla quale dobbiamo tenere un pneumo? E come conseguenza di ciò quale quantità di gas dobbiamo introdurre, e a quale distanza fare i rifornimenti?

Rispondere esattamente a queste domande significa saper leggere bene il significato della pressione manometrica, significa saper bene regolare la cura pneumotoracica, saper giovare al paziente non danneggiarlo con una cura mal fatta.

L'optimum di pressione a cui si deve mantenere un polmone non è possibile fissare in tesi generale per tutti i malati.

Il paziente non si deve considerare come un serbatoio di gas che si deve tenere a quella data pressione e nient'altro, non si deve diventare insufflatori di palloni.

Ogni malato deve essere curato a sè, il tisiologo deve applicare caso per caso tutte quelle regole di cura che la teoria e la pratica gli hanno insegnato, tenendo conto di tutte le altre funzioni organiche di tutti i sistemi dell'organismo.

La compressione del polmone deve essere lenta, uguale, senza sbalzi, non deve essere nè troppo elevata nè troppo bassa. Una brusca compressione può far passare in circolo una tale quantità di prodotti specifici capaci di dare reazioni, di sensibilità simili a quelle che seguono a iniezioni di tubercolina, reazioni che possono risvegliare focolai tubercolari latenti o controlaterali o in altri organi.

Una pressione troppo bassa non sufficiente a comprimere il polmone, non potrà dare che un beneficio passeggiero, di maggiore o minore durata, mai la guarigione.

La pressione troppo rapidamente elevata può dare luogo a pleuriti per irritazione e reazione

pleurica; può determinare rapidi spostamenti del mediastino o rovesciamenti del diaframma, con disturbi cardiaci e dispnea e febbre nel primo caso, oppure con comparsa di vomito, di disappetenza e deperimento organico nel secondo caso.

Se ciò avviene in tutti i pazienti, più si riscontra nella donna di gracile costituzione e nei bambini. A questo proposito ricordo il caso di una giovanetta di 12 anni nella quale ottenne buoni risultati solo quando mi limitai a introdurre esclusivamente la quantità di aria che la paziente inspirava dall'apparecchio « Morelli ».

Una pressione troppo rapidamente elevata, come già dicemmo, può anche riattivare eventuali focolai controlaterali che da una cura ben regolata, verrebbero invece favorevolmente influenzati.

Anche nei casi di intervento pneumotoracico d'urgenza per emorragia polmonare, non si devono raggiungere troppo rapidamente pressioni positive. Perchè l'emorragia si arresti non è necessaria la compressione del polmone e lo schiacciamento del vaso beante, ma è sufficiente il riposo funzionale del polmone. Il voler ottenere in questi casi pressioni alte determinerebbe tali disturbi da compromettere inesorabilmente la vita del paziente.

A cura inoltrata e datante da tempo il mediastino e il diaframma diventano più resistenti anche a pressioni elevate specie se vi furono pleuriti (Morelli) e la pressione può essere aumentata se occorre senza pericolo per il paziente.

Teoricamente l'optimum di pressione è la minima sufficiente a eliminare la funzione del polmone e a comprimere le eventuali caverne polmonari.

Questo optimum non è costante, varia da malato a malato, e non è per nulla in relazione colla altezza della pressione manometrica.

M. Ascoli e Fagiuoli hanno dimostrato che se la pressione supera un dato limite che varia da malato a malato, l'organismo ne risente danno, e chiamano questo limite « punto critico ».

Non è possibile a priori stabilire se in un dato malato il punto critico è alto o basso poichè nè la diffusione, nè la gravità del male, nè lo stato generale, nè le condizioni del cuore del paziente, nè altri dati permettono di stabilirlo.

Ogni caso deve essere studiato a sè, pronti a diminuire la pressione se eventualmente si comprendesse di aver superato il punto critico.

Col tempo però l'organismo si abitua alla cura pneumotoracica e il punto critico può elevarsi così da permettere la totale compressione del polmone.

Una pressione troppo alta oltre ai danni sopra accennati, determinerebbe secondo Breccia, anche pleuriti meccaniche da ostacolo circolatorio sui vasi dell'ilo polmonare (versamenti tardivi da ipercompressione polmonare, versamenti precoci da stiramento da aderenze pleuriche).

Una discussione sorse tra i tisiologi sulla regolarizzazione della pressione in rapporto alla presenza di caverne superficiali con aderenze peri- e paracavernulari. Alcuni tisiologi nel dubbio di lacerazioni polmonari e di eventuali empiemi per versamento nel cavo pleurico dei prodotti della caverna, preferiscono rinunciare alla cura.

Già altrove dissi che, poichè lo scopo della cura è la guarigione del malato, guarigione che non si ottiene senza la compressione totale della caverna, è meglio innalzare la pressione nel cavo pleurico per cercare di ottenere la compressione. Se avverrà una lacerazione polmonare, ma il distacco del polmone dalla parete costale, si guarirà la lacerazione collo schiacciamento del polmone come nei casi di ferite toraco polmonari. Se si verificherà un empiema si curerà col metodo Morelli.

Esposte tutte queste difficoltà di regolare la pressione, esiste almeno qualche dato ricavato dalla pratica circa l'altezza alla quale è tenuta abitualmente la pressione nel cavo pleurico?

Rispondere a questa domanda è difficile, per conto mio dirò che nei casi di pneumotorace totale con polmone ben compressibile, con mediastino e diaframma resistenti, tengo la pressione oscillante intorno allo 0 nelle inspirazioni e di poco sotto lo 0 nelle espirazioni. Nei casi di diaframma e mediastino poco resistenti mi regolo caso per caso cercando di fissare il punto critico.

In certi casi di aderenze, specie apicali, se le condizioni del paziente lo permettono, non esito a spingere la pressione anche a valori di + 25 + 30 pur di ottenere il silenzio respiratorio, l'abolizione della funzione polmonare nel lato malato.

Una buona conoscenza della regolazione della pressione manometrica, è pure necessaria quando i malati si trasferiscono dal piano al monte o viceversa.

Quando un penumotoracizzato passa da un'altitudine maggiore ad una minore, dal monte al piano, la tensione endopleurica (pressione manometrica) diminuisce; si dovrà perciò aumentare in lui la pressione per evitare una riespansione polmonare: e viceversa, quando passa dal piano al monte, si dovrà diminuire la pressione endopleurica per evitare i disturbi da ipercompressione: dispnea, tachicardia, cianosi, spostamenti di organi interni.

Si calcola che l'espansione del gas endopleurico sia di 12 cmc. per litro e per ogni 100 m. di altezza; e viceversa la compressione.

Un problema in stretto rapporto colla pressione manometrica è il seguente: Quale è la quantità di aria necessaria per mantenere una data pressione?

Non è possibile rispondere in modo assoluto. Logicamente ben diversa è la quantità di aria che si deve introdurre nel torace di un adulto robusto, altra è la quantità richiesta per una ragazza, altra è la quantità necessaria in un cavo pleurico libero con polmone ben compressibile, altra è quella possibile introdurre in casi con condizioni opposte.

Si volle da alcuni ammettere che in un pneumotorace totale ben costituito, ad ogni 100 cmc. di aria che entrano a respirazione tranquilla, corrisponde l'innalzamento di un cm. della pressione manometrica. Basta pensare a quanto sopra dissi per vedere l'assurdità della affermazione.

Una certa guida sulla quantità di aria che è possibile introdurre è data dalla pressione espiratoria che, come dicemmo, è l'espressione dello stato funzionale del polmone.

Mentre l'innalzamento della colonna manometrica nella inspirazione può essere notevole sia nel pneumotorace libero ma non teso, come nei pneumotorace con aderenze, con versamento pleurico con parenchima polmonare in condizioni patologiche, l'oscillazione manometrica espiratoria, come dicemmo sopra, varia a seconda delle condizioni del parenchima polmonare e dello stato del cavo pleurico, e ci potrà in tesi generale essere di guida sulla necessità e sulla quantità di aria da introdurre.

In altre parole, se il pneumotorace è totale, libero e con polmone ben compressibile, a valori manometrici inspiratori ed espiratori negativi corrisponderà la possibilità di abbondanti introduzioni di aria prima di ottenere pressioni positive. Se le condizioni del polmone e del cavo pleurico non sono buone come nel caso precedente, se cioè la pressione manometrica espiratoria è, o tende al positivo, pur avendo un alto valore manometrico inspiratorio negativo, colla introduzione di poca aria avremo subito forti pressioni positive.

Altro problema in stretto rapporto colla pressione manometrica, è dato dalla frequenza dei rifornimenti.

Se lo scopo della cura pneumotoracica è la compressione del polmone mediante l'aria tenuta a una data pressione manometrica nel cavo pleurico, ogni quanto tempo si devono praticare i rifornimenti perchè la pressione si mantenga pressochè costante e uniforme?

Anche qui norme assolute, generali non esistono e la cura deve essere regolata caso per caso e, in qualche circostanza, di volta in volta.

In tesi generale non si devono fare sbalzi di pressione potendo le rapidi compressioni e decompressioni determinare riattivazioni di focolai latenti o comunque inattivi. Se tutte le condizioni sono favorevoli alla cura, nei primi tempi i rifornimenti devono essere relativamente frequenti sia per giungere gradatamente e progressivamente alla compressione del polmone, sia perchè una pleura sana, nei primi tempi permette perdita di aria in una certa quantità. In seguito, a cura datante da un po' di tempo, la pleura per reazione determinata dalla presenza stessa dell'aria, si ispessisce, e « tiene di più », la pressione endopleurica subisce poche variazioni ed è possibile distanziare i rifornimenti anche di parecchi giorni e di varie settimane, senza avere forti squilibri di pressione interna.

Questa relativa stabilità di pressione edopleurica è più accentuata dopo le pleuriti pneumotoraciche appunto per il notevole ispessimento pleurico che queste determinano.

A questa diminuzione di perdita d'aria a pleurite in atto o pregressa, corrisponde all'opposto una maggiore perdita nel periodo iniziale della pleurite pneumotoracica, tanto che, se in un pneumotorace in atto da un po' di tempo e con pressione manometrica pressochè stazionaria, interviene una improvvisa diminuzione di pressione manometrica, non spiegabile se non con un rapido riassorbimeto di aria, si deve subito pensare alla insorgenza di una pleurite.

E poichè siamo in argomento di pleuriti pneumotoraciche aggiungerò che la comparsa o l'aumento di un versamento pleurico, può aumentare notevolmente la pressione manometrica del pneumotorace sovrastante, tanto da rendere necessaria l'estrazione del liquido o di aria per togliere o diminuire i disturbi da ipercompressione endopleurica.

E viceversa il rapido riassorbimento di liquido può rendere necessari più frequenti rifornimenti per mantenere una pressione manometrica endopleurica sufficiente agli scopi prefissi.

Infine se il versamento endopleurico raggiunto un dato limite si mantiene costante, (a parte ogni questione sulla opportunità o meno di toglierlo) si dovrà aver cura di non aumentare eccessivamente la pressione endopleurica per non aggravare le condizioni già precarie del mediastino e del diaframma, per non provocare rialzi termici da favorito troppo rapido passaggio in circolo di tossine del liquido.

È buona norma in presenza di versamenti pleurici pneumotoracici di praticare, relativamente spesso, punture manometriche esplorative per stabilire quale sia la condizione di tensione endopleurica del malato.

Non dobbiamo però dimenticare che possiamo essere tratti in inganno da un giudizio basato solo sul reperto della puntura manometrica esplorativa.

Possiamo infatti riscontrare una pressione manometrica negativa dove pochi giorni prima si era trovata una pressione positiva, ed essere tratti a pensare ad un rapido riassorbimento di liquido, ed alla opportunità di praticare un rifornimento. Potrebbe trattarsi di uno spostamento del mediastino o un abbassamento del diaframma. La pressione manometrica è minore perchè il volume del cavo pleurico è effettivamente aumentato; in questo caso però l'introduzione di nuova aria, aggraverebbe indubbiamente le condizioni del paziente.

Vero è che in questa evenienza altri sintomi che certo non sfuggirebbero ad un tisiologo competente, richiamerebbero ad una più esatta valutazione delle condizioni del paziente.

Vi sono invece circostanze nelle quali la pressione manometrica può effettivamente, e in breve tempo, diminuire notevolmente rispetto a quanto pochi giorni prima si era rilevato e questa volta con risultati benefici. Ciò si verifica in quei casi nei quali aderenze pleuriche, per motivi sui quali è inutile insistere, cedono, e la sacca pneumotoracica si estende.

Da quanto ho sopra esposto mi sembra risulti abbastanza evidentemente quale importanza abbia la pressione manometrica nella cura pneumotoracica, quanto sia difficile regolarla esattamente, come da una non adatta pressione si possano avere più danni che vantaggi nella cura del tubercolotico.

Da ciò la necessità di una esatta conoscenza di tutte le norme che lo studio e la pratica insegnano, e l'accurato esame di ogni singolo malato e all'inizio e nel corso della cura.

Brescia, 24 settembre 1925.

IGIENE.

UFFICIO D'IGIENE DEL COMUNE DI ROMA.

Per una esecuzione sempre più razionale della profilassi, specie chininica, della malaria

per il dott. DOMENICO FALCIONI.

Si potrà ritenere razionale una lotta contro la malaria eseguita mettendo in pratica tutti gli svariati metodi di profilassi, ma più razionale senza dubbio dovrà ritenersi se la scelta e l'impulso necessario saranno dati anche ad un solo di detti metodi che un'accurata inchiesta, sempre indispensabile quando ci si accinge alla lotta, lo facesse presumere capace di condurre più sicuramente e celermente al successo.

Una profilassi più razionale verrà eseguita inoltre prefiggendosi di risanare tutte quelle località nelle quali, non essendovi la malaria legata da condizioni d'insalubrità difficili ad essere rimosse, è assolutamente possibile, ed anche nel più breve tempo, riuscirvi; ve ne sono di quelle nelle quali ci si meraviglia assai che vi si contraggano le febbri e sopra di esse, prima che sopra altre, concentrare ogni sforzo, oltre che lotta più razionale, dovrebbe ritenersi cosa doverosa.

Una profilassi più razionale verrà eseguita finalmente, cercando di perfezionare l'esecuzione di ciascun metodo, procurando di trarre, col minimo dispendio, il massimo rendimento.

Non è nostra intenzione trattare diffusamente l'argomento, d'intrattenerci cioè sul valore, sull'indicazione e sui dettagli d'applicazione di ciascun metodo; è solo nostro desiderio, poichè contro la malaria il chinino è spesso l'unica arma a disposizione del medico, contribuire a rendere più pratica, più logica, più utile l'esecuzione della profilassi chininica, di questo metodo, da tutti oggi non sostenuto, ma certo il più diffuso; le considerazioni e le conclusioni, del resto, che esporremo interessano non solo la profilassi chininica, ma tutti indistintamente i vari metodi di lotta.

*
* *

Si può affermare che poca importanza viene data in genere ad una esecuzione il più possibilmente esatta della profilassi chininica.

Si ritiene assai spesso cosa la più semplice del mondo, tutti si sentono capaci di saperla ben mettere in pratica, con facilità del resto la si vede affidata al primo arrivato, anche se non medico.

Mentre la malaria in molte zone, talora perfino nelle più intensamente paludose, può presentare una diffusione saltuaria, mentre risulta evidentissimo in tanti territori malarici che le febbri non si contraggono ovunque, la profilassi chininica si può dire che quando si esegue viene praticata quasi sempre uniformemente, senza una direttiva precisa, senza che venga tenuto nel dovuto conto tanto caratteristica ed importantissima disposizione della malattia in parola; neppure in relazioni le più accurate l'esecuzione della profilassi chininica si vede fatta oggetto di quelle speciali distinzioni che certo meriterebbe.

Ed invero istruzioni in proposito non vengono mai date, non è stata suggerita che una esecuzione più o meno intensa della profilassi chininica dalla campagna verso la città o la somministrazione di una dose maggiore o minore del medicamento, da gr. 0.20 a gr. 0.60, secondo che le zone appaiono più o meno colpite dall'infezione.

Ma siccome su questi suggerimenti non è il caso di fare affidamento, prima di tutto perchè risulta evidente che mentre si può rimanere immuni da malaria in tante zone in campagna, si possono contrarre le febbri vicino le città, ed in secondo luogo perchè risulta anche evidente che le dosi ridotte di chinino sono da ritenersi superflue; se il pericolo infatti di contrarre le febbri esiste, allora le dosi preventive di detto farmaco dovrebbero essere sufficienti, e se non esiste, allora si dovrebbe fare a meno di prenderlo, adoperarci per fissare una guida che si opponga a che la profilassi chininica si risolva in una illogica ingestione di chinino, in un deplorevole sperpero di questo medicamento, e che d'altra parte si opponga a qualsiasi applicazione sistematica, sempre in contrasto colla realtà delle cose, di ogni altro metodo di lotta, adoperarci per fissare una guida che ci fornisca un sicuro orientamento, un indirizzo veramente logico nell'esecuzione di ogni misura preventiva contro la malaria, ci sembra si possa ritenere cosa, più che opportuna, indispensabile.

*
* *

Come sopra abbiamo rilevato la diffusione non uniforme della malaria, la saltuarietà dei suoi focolai, che non sempre appare evidente, ma che pur si verifica con maggiore o minore accentuazione in quasi tutte le zone malariche, rappresenta il vero ostacolo per una proficua esecuzione della profilassi chininica.

Orbene, poichè ben riflettendo occorre ammettere che questa saltuaria distribuzione della malaria non può verificarsi a caso, ma deve trovarsi in relazione con cause speciali, deve cioè rispondere a ben determinate e precise circostanze, cercando d'interpetrare giustamente il fenomeno, cercando di stabilire le speciali circostanze che lo determinano, si può essere certi di riuscire a tracciare la desiderata guida, una guida, che per essere tale, deve consistere nel precisare, se non con matematica certezza, coll'approssimazione massima, *dove* e *quando* le misure preventive trovano la loro vera indicazione.

A questo proposito va rilevato che la saltuarietà dei focolai d'infezione si trova generalmente in rapporto inverso della gravità dell'anofelismo e del numero dei malarici.

Si constata infatti con frequenza una notevole continuità di detti focolai nelle zone paludose, come una assai notevole saltuarietà in quelle di minore anofelismo, ma su questa circostanza, sulla maggiore o minore saltuarietà dei focolai malarici nelle varie zone in rapporto col maggiore o minore numero di malarici e delle anofele, non è il caso di spendere molte parole, tanto la cosa è evidente e da tutti conosciuta.

V'è un altro fattore però non ugualmente evidente ma ben più importante, fattore che costituisce la vera essenza del fenomeno in parola, che lo determina ovunque, indipendentemente dalla gravità del paludismo o della quantità di malarici, fattore rappresentato dalle abitudini di vita dei veicoli della malaria, dalle abitudini di vita delle anofele, fattore sul quale è veramente il caso di fissare tutta l'attenzione.

Era stato rilevato che le anofele non fanno lunghi voli, che sogliono invadere le case vicino al luogo dove nascono e discostarsene poco.

Essendo stato però dimostrato con lanci di questi insetti colorati che sono capaci di fare lunghi percorsi, essendo stato messo in evidenza il loro allontanamento dagli ambienti invasi per deporre, essendo stato affermato che possono essere trasportate a grandi distanze dai venti, si è finito col rendere confuse anzichè più precise le idee circa le abitudini di vita delle anofele, e conseguentemente a rendere incerte anche le idee circa le caratteristiche dei focolai malarici; è opinione diffusa infatti che per un raggio piuttosto esteso dal luogo di produzione delle anofele, appunto per le distanze notevoli che possono percorrere, si corra sempre rischio di contrarre le febbri.

Ma non è coi lanci di anofele, non è con esperimenti siffatti, sia pure importantissimi, che però non riproducono le condizioni abituali di questi insetti, che si possono mettere in rilievo le loro vere e costanti abitudini.

Non interessa tanto a questo scopo indagare sulle distanze che potrebbero essere percorse dalle anofele, ciò che invece interessa moltissimo è pre-

cisare se questi insetti, allorchè abbiano raggiunto una casa, una stalla, un luogo qualsiasi anche all'aperto dove abbiano trovato persone o animali, allorchè siano riusciti a procurarsi tutto ciò che forma l'oggetto delle loro ricerche, lo scopo della loro vita: nutrimento e ricovero, rimangano sul posto, vi si fissino, vi ritornino allontanandosi, oppure indifferentemente durante la loro esistenza si rechino da un luogo all'altro, da una abitazione all'altra con predilezione magari a cambiare, anzichè rimanere o tornare nello stesso ambiente.

Questo veramente è ciò che preme venga stabilito circa le abitudini delle anofele per poterci formare una idea esatta delle caratteristiche dei focolai malarici e per le deduzioni che ne possiamo trarre a favore di una esecuzione più razionale non solo della profilassi chininica, ma anche di tutti gli altri metodi di lotta.

Orbene, benchè per una serie di circostanze non sembri facile poterlo precisare, ed infatti sono poche le osservazioni in proposito, tuttavia prendendo in considerazione una serie di fatti epidemiologici abitualmente, costantemente anzi constatabili, ci sembra si possa giungere a conclusioni importantissime, più che attendibili, decisive.

Se si tiene infatti presente che se è facile trovare delle anofele in tante abitazioni, casi di febbri primitive non è dato constatarle se non dove dimorano o abbiano dimorato anche malarici; spesso questo risulta chiarissimo, con indagini accurate si riesce del resto ugualmente, a noi è stato sempre possibile, scoprire la presenza di malarici ignorati o mettere in evidenza la precaria loro presenza in tutte le circostanze nelle quali la genesi dell'infezione appariva oscurissima.

Se si tiene presente che nelle abitazioni isolate, ma non a distanze eccessive, l'accendersi e lo spegnersi dei focolai corrisponde all'arrivo o all'allontanamento di malarici in ciascuna di esse, senza mai rimanerne influenzate l'una dall'altra; indiscutibilmente occorre una certa conoscenza dell'ambiente per poter rilevare il fenomeno, ma riesce la constatazione la più semplice e la più comune a chi è abituato ad indagarlo.

Se si tiene presente che la limitazione dei focolai malarici in zona di malaria mite appare cosa la più evidente potendosi constatare con frequenza famiglie che vivono nel più completo benessere non lungi da focolai costanti di malaria, non lungi da famiglie talora addirittura bersagliate dalle febbri, fino a sorprenderci tanto netta e costante limitazione.

Se si tiene finalmente presente che sono tanti e tanti i casi d'infezione malarica risultanti quale manifestazione di epidemie famigliari, e di gruppi di persone conviventi, non potremo escludere che per speciali circostanze, che in via puramente eccezionale delle anofele infette possano portarsi o essere portate da una località ad un'altra, dobbiamo però ammettere *che se non addirittura sempre, in via più che ordinaria non siano le anofele infette che vadano in giro a formare nuovi focolai d'infezione e che quindi questi, una volta formatisi* — oramai è pacifico che le abitazioni dove esistono sempre li rappresentano — *rimangano fissi o di un raggio d'influenza assai limitato, come potrebbero essere i vari piani di una casa o abitazioni vicinissime.*

E se a queste conclusioni del resto con osservazioni accurate e costanti, con inchieste rigorose sull'origine dei casi primitivi di malaria è necessario giungere, d'altra parte una prova del'a caratteristica dei focolai malarici a rimanere fissi la troviamo rilevata nella 2ª relazione sulla lotta antimalarica a Fiumicino dal compianto Grassi e dal prof. Sella.

Detti autori hanno infatti potuto constatare coll'esame di 147 anofele catturate in un dormitorio dove erano 80 persone, 15 infette e nessuna in tale stato fra 105 catturate in una stalla vicina ed anch'essi, non potendo attribuire questo fatto a semplice circostanza, hanno affacciata l'ipotesi, che si proponevano chiarire con esperimenti di anofele colorate, della tendenza di questi insetti a tornare addirittura nello stesso ambiente.

Una volta quindi provata la costante abitudine delle anofele a rimanere o tornare nelle abitazioni già invase, e con essa provata la limitata influenza infettiva dei focolai formatisi, la loro speciale ed assoluta caratteristica di rimanere fissi, poichè d'altra parte, è ovvio, non si possono trovare ovunque in zona malarica portatori di gameti, si comprenderà assai bene la ragione per cui la distribuzione dei focolai malarici debba manifestarsi saltuaria anzichè uniformemente diffusa, si comprenderà assai bene come questa saltuarietà, appunto perchè non è dovuta al caso, ma rappresenta un fenomeno strettamente logico, un fenomeno in vera armonia colle istintive abitudini delle anofele, potrà apparire più o meno pronunziata nelle varie zone secondo l'anofelismo ed il numero dei malarici, ma dovrà verificarsi, come regola generale, sempre ed ovunque.

E risultando di conseguenza chiarissima l'inutilità della profilassi chininica praticata dapertutto nelle zone malariche, risultando anzi il dovere di farne a meno in molte di esse perchè per l'esecuzione della profilassi chininica, come di ogni altra misura profilattica, è possibile avere le necessarie indicazioni, avverrà che l'ostacolo maggiore, la diffusione non uniforme della ma-

laria, la saltuarietà dei suoi focolai, il fenomeno che disorienta che fa rimanere perplessi, saggiamente interpetrato, fornirà proprio esso la guida cercata, la vera e sicura guida per un indirizzo il più razionale alla profilassi chininica.

Con le considerazioni di cui sopra, infatti non ci si sentirà più in animo di raccomandarla pel solo fatto che si dimora in campagna, o perchè si dorme all'aperto, non ci si sentirà più capaci di raccomandarla a tutti gli abitanti di una via suburbana o a quelli di tutti i casali di una tenuta perchè in qualche abitazione si sia verificato qualche caso di malaria primitiva, non ci si sentirà insomma più capaci di quelle profilassi sistematiche e generali, eseguite spesso più a caso che con vera direttiva, quindi talora più dannose che utili, ma ci si studierà di raccomandarla dove la necessità lo richiede, *dove* dimorano o facilmente capitino malarici e *quando* si presuma, non è sempre certo facile, ma con la conoscenza delle località si riesce sempre a stabilirlo, possa giungervi l'influenza dei focolai anofelici.

All'atto pratico quindi: nelle zone di grave anofelismo con popolazione spesso ad alta percentuale di portatori di gameti, in quelle zone dove generalmente per forza di cose i focolai malarici, se non sono permanenti, se ne possono formare con estrema facilità da un momento all'altro sia nelle abitazioni che all'aperto, ogni distinzione per una esecuzione più razionale della profilassi chininica sarà da ritenere superflua.

In dette località si dovrà ritenere razionale anche una profilassi sistematica e generale ed anzi, partendo dal principio che in alcune zone l'infezione è sicura, una profilassi più razionale si eseguirà, non solo generalizzando la profilassi chininica, ma intensificandola durante i periodi più pericolosi, quando vengono a trovarsi molte persone riunite pei lavori del raccolto, con energia grandissima, con una sorveglianza assidua, continua e possibilmente non contentandoci di questa sola misura profilattica.

Tolti però questi ambienti speciali, dove le famiglie vivono isolate, anche in zone di anofelismo grave, ed in genere in tutte quelle nelle quali è evidente che la malaria non si contrae ovunque, una profilassi razionale non si potrà dire che verrà eseguita se non si cercherà d'individualizzare i possibili focolai per concentrare sopra i malati ogni cura e sopra le persone che con essi convivono la più rigorosa profilassi chininica.

Da parte nostra, guidati sempre dal concetto della localizzazione della malaria nelle abitazioni, concetto che fa presumere la limitazione d'influenza dei focolai formatisi, convinti d'altra parte ogni giorno più per osservazioni tante e tante volte ripetute, per esempi i più caratteristici, di questa costante limitazione d'influenza dei focolai formatisi, *della definitiva localizzazione all'origine*, ci siamo sempre astenuti dalle profilassi sistematiche, che ci sono apparse un inutile spreco, ed abbiamo la soddisfazione, coll'avere raccomandato le misure preventive solo dove le ritenevamo indispensabili, di avere meglio assolto il nostro compito risparmiando nello stesso tempo ogni anno molti e molti chilogrammi di chinino. e spese non indifferenti per protezioni meccaniche.

Possiamo d'altra parte affermare che il concetto del pericolo della malaria eminentemente localizzato, del pericolo limitato di solito a chi convive con malarici, o dimora loro vicinissimo, concetto che fornisce un'idea chiara sulla speciale diffusione a focolai della malaria, concetto che illumina sull'origine di tanti casi i quali spesso sorprendono, di casi che appaiono strani, enigmatici, perchè contratti qua e là anche in zone le più ridenti, viene ben compreso, persuade e persuadendo riesce anche spesso a procurarci la collaborazione delle popolazioni rurali, collaborazione tanto necessaria, che invano ci attenderemmo dalla raccomandazione di profilassi generalizzate, non convincenti, e quindi non raramente male eseguite o non eseguite affatto.

In conclusione: richiamare l'attenzione sopra una esecuzione sempre più razionale della profilassi, chininica in specie, contro la malaria non si può ritenere superfluo.

Insistere quindi, appunto per rendere possibile questa migliore esecuzione della profilassi, sopra la spiccata tendenza della malattia in parola a rimanere nettamente localizzata al punto d'origine dell'infezione, non ostante che venga trasmessa da insetti muniti di ali, non ostante che questi insetti abbiano necessità d'allontanarsi per deporre, fenomeno che si può affermare ben conosciuto, ma non da tutti apprezzato, fenomeno in ogni modo quasi mai utilizzato nella pratica ordinaria, deve ritenersi indiscutibilmente cosa ancora assai opportuna.

Con una esatta valutazione del resto di detto fenomeno non solo potrà essere resa più efficace l'esecuzione della profilassi chininica, come anche quella di tutti indistintamente i vari metodi di profilassi, ma si potrà raggiungere, insieme al maggior rendimento, un altro risultato non meno importante, una economia considerevole.

È vero — non sempre ciò che si presume in teoria si verifica nella pratica — che per una serie di circostanze si dovrà, per esempio, per ciò che riguarda il chinino, abbondare nella sua diffusione, ma non si potrà negare che una illuminata utilizzazione profilattica si renderà sempre possibile, che il risparmio di questo prezioso ma costoso medicamento potrebbe con molta facilità od opportunità essere da ciascuno effettuato.

Acquistare in ogni modo con l'esatta interpetrazione dei più minuti fatti epidemiologici una assoluta padronanza nella lotta contro la malaria, sia per la scelta dei metodi, sia per l'opportunità di applicarli ed intensificarli secondo gli ambienti e le singole circostanze, sia per l'esecuzione la più redditizia di ciascuno; sentirsi assolutamente in grado di condurre una lotta contro questa malattia nella maniera la più logica, la più pratica, la più efficace, la più razionale in una parola, significherà eseguirla con fiducia, eseguirla con soddisfazione, eseguirla con il maggiore successo.

LEZIONI.

Quadro clinico, diagnosi e trattamento della pielite.

(L. Casper. *Medizinische Klinik*, 1926, n. 1).

È noto per antica esperienza ed è anche ovvio che le malattie le quali danno pochi o punti disturbi subbiettivi sono difficili da riconoscersi e rimangono quindi a lungo non diagnosticate. Appartiene a queste la pielite, di cui oggi ci occuperemo.

Diverse nelle loro manifestazioni a seconda che si tratta della forma acuta o cronica, tutte le pieliti hanno di comune l'origine infettiva. I germi arrivano alla pelvi renale dalle basse vie urinarie (infezione urogena; gonorrea, cistite) o vi sono portati dalla corrente sanguigna (infezione ematogena) o vi giungono per le vie linfatiche dalle vicinanze. Sono date da infezioni ematogene la pielite tubercolare e quella che si manifesta durante le malattie generali (piemia, endocardite, polmonite, morbillo, scarlattina, tifo, dissenteria). L'infezione linfogena si ammette quando ad una malattia degli organi vicini (fegato, intestino, psoas, parametri) si aggiunge la pielite, in conseguenza del passaggio dei germi dalle vie linfatiche dell'intestino e dei tessuti pararenali alla pelvi. L'iperemia ed i ristagni nell'apparecchio urinario, quali si hanno nelle stenosi, nell'ipertrofia prostatica, nella paralisi della vescica, nella gravidanza e nel puerperio, favoriscono la comparsa dell'infezione.

Accanto allo stafilococco, streptococco, gonococco, proteo, pneumococco e bacillo del tifo, è soprattutto il b. coli il principale agente della malattia ed è appunto esso in causa, quando, come accade spesso, non è possibile stabilire donde sia originata la pielite. Senza che si possa invocare nessuno degli accennati momenti, uomini, ma soprattutto donne e poppanti, ammalano improvvisamente per una colipielite.

Questa pielite acuta si inizia con febbre elevata, fino a 40°-41° o con brividi. Si osservano i segni abituali che accompagnano le febbri alte: lingua impatinata, secca, sete, intontimento. La febbre è intermittente fino a remittente; l'ammalato fa l'impressione di essere grave, settico. L'esame fisico è negativo per quanto riguarda cuore, polmoni, stomaco, intestino. Tutto fa pensare ad una sepsi, ma la situazione si fa chiara quando si vede l'urina, dapprima limpida, farsi purulenta. Nel sedimento si trovano abbondanti leucociti e colibacilli. Degno di nota è il fatto che manca qualsiasi disturbo vescicale, come prepotente bisogno di urinare e minzione dolorosa, a meno che non si tratti di un processo ascendente, chè allora tali fenomeni precedono lo stabilirsi della pielite.

L'urina contiene anche un po' di albumina (dal pus), talora delle emazie che accompagnano spesso i processi catarrali; nessun valore si può attribuire agli epiteli.

Con questi fenomeni, la malattia continua per 8-14 giorni; poi, l'organismo disintossicato, non dà più reazione febbrile, mentre continua come unico sintomo l'urina purulenta. Gradatamente, sotto l'influenza della terapia, cessa anche la secrezione catarrale e l'ammalato guarisce.

In altri casi l'urina rimane torbida; il pus ed i colibacilli non scompaiono, mentre spariscono gli altri sintomi. Accade poi talvolta che la malattia si inizia con così scarsi disturbi che il paziente non se ne accorge ed è soltanto l'esame dell'urina, fatto magari per altre ragioni, che mette il medico sulla strada della diagnosi. La pielite si è stabilita cronica fin dall'inizio. Mancano elevazioni di temperatura, dolori, stranguria, malessere; unico sintomo è l'urina torbida purulenta, puzzolente.

Accade talora che si rimanga in dubbio se il pus provenga dalla vescica o dalla pelvi renale; in tal caso, è la terapia che indica la vera provenienza. Di fatto, tutte le cistiti, salvo quella tubercolare e quella data da tumori maligni, migliorano con la cura locale che è del tutto inefficace nella pielite.

Altre questioni si presentano davanti ad un malato di pielite, se cioè essa sia uni- o bilaterale, se sia accompagnata da nefrite (pielonefrite) se la pelvi sia ectasica e quale grado di dilatazione abbia raggiunto. La soluzione di tali problemi è affidata alla cistoscopia, al cateterismo ureterale, alle ricerche sulla funzionalità renale ed alla pielografia.

La prognosi delle pieliti può, in generale, considerarsi come buona. Molte guariscono, altre rimangono senza dare alcun disturbo e senza compromettere la vita, altre però conducono alla pionefrosi, in quanto che il bacinetto renale si va gradatamente trasformando in un sacco, a spese del tessuto renale che viene man mano distrutto.

*
* *

La terapia della pielite è, in complesso, un compito grato per il medico.

Le forme acute che si iniziano con febbre vanno trattate come una malattia infettiva: riposo in letto, dieta febbrile, narcotici contro i forti dolori, eventualmente antipiretici contro l'alta febbre; si deve curare che l'ammalato defechi una volta al giorno. Danno giovamento gli impacchi caldi ed il termoforo sulla regione renale. L'ammalato deve inoltre bere abbondantemente e, sempre allo scopo di scacciare i germi dalla pelvi infetta, si somministreranno degli antisettici urinari, sui quali però non si può avere troppa fiducia.

Con questa terapia, si vede di solito in 8-14 giorni che la temperatura si abbassa e le urine si fanno limpide. Quando ciò non si verifica e la febbre, i dolori renali continuano e si hanno brividi, è da supporsi che la suppurazione del bacinetto sia molto estesa o che si abbia a che fare con un ascesso renale od una suppurazione paranefritica. In tal caso non si può continuare con la terapia conservativa, poichè sovrasta il pericolo di una sepsi generale. Si procederà allora ad un cateterismo ureterale con lavande della pelvi mediante nitrato di argento a 1/200. Se i sintomi erano dati dalla mancanza di deflusso, si hanno con questa cura dei notevoli miglioramenti. In caso diverso, si deve intervenire chirurgicamente. Nella suppurazione paranefritica, basta una larga apertura delle parti flemmose; la ritenzione del pus nel bacinetto viene dominata con la pielotomia e le lavature della pelvi; se vi è sospetto di ascesso renale, la nefrotomia potrà salvare la vita.

Può essere difficile decidere il momento in cui si debba abbandonare la terapia conservativa per intervenire chirurgicamente. In generale i fenomeni appaiono più pericolosi che non siano realmente e la prognosi è per lo più buona. Anche dopo tre settimane, si sono vedute delle colipieliti che sembravano minacciare la vita passare a guarigione con la sola cura conservativa. L'esperienza e l'occhio clinico saranno le migliori guide.

Il trattamento della pielite cronica è, se pur non sempre, spesso seguito da successo. Sono consigliabili per tali forme la cura delle bevande e l'introduzione di antisettici.

La cura di bevanda riesce meglio negli adatti stabilimenti termali; sono consigliabili le acque di Wildungen, di Brückenau, di Ems, di Vichy. Se la cura si fa a casa, è opportuno che il paziente aggiunga all'acqua minerale, delle limonate, dell'acido fosforico (acido fosforico 40; sciroppo di more 100; acqua q. b. per 1000). Utili sono i tè con delle erbe, quali: radici di prezzemolo, erba erniaria, foglie di betulla, fiori di tiglio, equiseto; è consigliabile usarne una miscela a parti uguali; di essa se ne prende un bel cucchiaio e si fa bollire per 5 minuti, in modo da farne una tazza di tè, di cui se ne prendono 2-3 al giorno.

Per quanto riguarda gli antisettici (salol, salicilato di sodio, esametilentetramina e preparati analoghi) è da osservare che essi non liberano certamente la pelvi dai microrganismi in quanto che essi non sono battericidi, ma, opponendosi allo sviluppo dei germi, sono pur sempre consigliabili. Fra questi, è utile un preparato in cui l'esametilentetramina è associata all'acido formico, in modo che rimane assicurata l'acidità dell'urina, elemento essenziale per lo svolgimento della formaldeide.

L'acidità dell'urina costituisce una condizione sfavorevole per lo sviluppo del b. coli. Da ciò l'indicazione di Meyer-Betz di alternare i giorni con bevande alla cura della sete. Il malato sta due giorni senza bevande pur prendendo sempre il preparato di cui sopra e poi per altri due giorni prende 2-4 litri al giorno di liquido (un bicchiere ogni ora), senza però il medicamento. I risultati sarebbero buoni e si otterrebbe sempre un miglioramento.

Disinfezioni più energiche della pelvi renale si ottengono con le iniezioni endovenose di salvarsan, di esametilentetramina sola od associata con salicilato di sodio e caffeina. Anche con questa cura però alcuni casi guariscono, mentre altri vi resistono.

Risultati poco favorevoli si ottengono con l'autovaccinoterapia, che ne avrebbe invece dato dei buoni ad altri in casi di colipielite. Questa cura, trova invece la sua indicazione nei casi acuti febbrili, avendo azione sui fenomeni generali, mentre quelli locali non sono influenzati; il pus ed i germi rimangono.

Il mezzo più sicuro, quando è applicabile, di portare a guarigione la pielite, consiste nelle lavature della pelvi che l'A. pratica già da due decenni. Quando la pielite è di natura benigna (b. coli, gonococco, stafilo-, streptococco) le irrigazioni con nitrato d'argento a 1/1000 fino a 1/200 hanno un effetto addirittura sorprendente. Il metodo è però controindicato quando esista una pielonefrite, nonchè nel caso di tubercolosi o di calcolosi; esso è poi inefficace quando si sono formate delle sacche nelle quali la soluzione non può penetrare, e così pure nei casi in cui rimangono nella pelvi dei residui di urina, come accade nell'imbocco anormale degli ureteri o nella dilatazione della pelvi. Tali irrigazioni della pelvi possono essere ripetute a piacere; in generale però bastano poche, e la guarigione nei casi favorevoli si ha subito, mentre è inutile continuare se esse si dimostrano inefficaci.

FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

TUMORI.

Tumori della mammella maschile.

(SPEED. *Ann. of Surg.*, 1925).

I tumori della mammella dell'uomo rappresentano l'1 % del numero complessivo dei tumori che interessano la mammella nei due sessi e ciò in rapporto con la grande differenza funzionale.

Le cause predisponenti sono oscure. Fra esse primeggia il trauma da occupazione, come, per esempio, quello del calzolaio o da mestieri simili. Rodman ricorda un uomo sofferente di cancro della mammella nel quale costantemente si aveva l'urto del manico della pala contro il petto. I casi dopo un trauma unico sono rari: si ha un caso di endotelioma dopo un morso di cavallo e Murphy ha operato un uomo che 3 mesi prima aveva ricevuto un trauma con una bottiglia. Manger su 71 casi raccolti ha trovato un precedente trauma in 25 e Jamamoto su 257 circa il 23 %.

L'età è varia potendo colpire la tarda età ed anche la giovinezza: Moore e Coley riportano carcinomi in giovani di 20 anni e Benet in individui di 90 anni.

Le statistiche sono quasi concordi sulla frequenza dell'1-2 % di tutti i tumori della mammella. Marmaduke Sheild trovò 9 casi dell'uomo su 628 carcinomi della mammella e Mülleder di fronte a 600 casi della mammella femminile ne trovò 20 nell'uomo.

Come forme sono stati rinvenuti il sarcoma e il carcinoma, ma esistono anche melanomi ed altri tumori.

Nella metà dei casi di carcinoma il capezzolo era involuto, distrutto o segregava del siero, raramente latte. La retrazione del capezzolo non avviene spesso.

I tumori più frequenti sono il sarcoma e il carcinoma. Il muscolo pettorale è rapidamente invaso sia per i linfatici come direttamente; le metastasi nella pelle e nei muscoli sono numerose e si possono trovare noduli multipli su una linea che va dal capezzolo all'ascella.

Le metastasi linfatiche sono state riscontrate nel 60 % circa. Si possono inoltre avere metastasi nel fegato, polmone, ossa. Su 88 casi riportati da Williams, 5 presentavano metastasi ossee.

Il tipo più comune, secondo Poirier, è lo scirro cui seguono il cancro a corazza, il carcinoma con metastasi, il carcinoma midollare, il carcinoma melanotico, il carcinoma cistico, il carcinoma con metastasi nelle ossa.

Il carcinoma della mammella maschile ha un decorso lento; l'ulcerazione della pelle avviene dopo 4-5 anni. Le recidive sono meno comuni negli uomini che nelle donne.

L'ablazione della fascia pettorale, dei muscoli ed il vuotamento ascellare sono indicati quando vi è ulcerazione o la presunzione di malignità. La difficoltà operatoria è data dalla impossibilità di poter chiudere la ferita, specialmente quando per diffusione del tumore alla pelle si deve fare una larga ablazione di essa.

La diagnosi differenziale deve farsi con: la cisti idatidea, l'ascesso tubercolare delle costole o della mammella, la gomma non ulcerata, il fibro-adenoma, il lipoma, la mastite della pubertà, il galattocele, la mastite cronica, la ginecomastia.

L'A. riporta le storie di 5 casi personali corredate da figure macro- e microscopiche.

BRANCATI.

La produzione sperimentale di carcinoma con metastasi nella mammella.

(NUZUM. *Surg., Gynec. and Obstetrics*, n. 3, 1925).

Gli studi sul cancro si possono dividere in due periodi, il primo quello della ricerca di un parassita, il secondo quello degli studi dei tumori da trapianto e di tumori provocati sperimentalmente in conigli e topi. Gli studi dell'A. su una causa parassitaria datano dal 1919. Nel 1921 isolò da un carcinoma trapiantabile di topo un micrococco grampositivo che inoculato in cultura pura nel topo produceva un tipico carcinoma alveolare a rapido sviluppo non differente dal tumore originario spontaneo e trapiantabile in altri topi normali. Lo stesso micrococco è stato isolato da 38 su 41 cancri della mammella umana. Frammenti di tumori isolati dai cancri o dalle ghiandole ascellari venivano pestati ed emulsionati in tubi con brodo-ascite glucosato, sormontato da olio di paraffina sterile per le condizioni anaerobiche. Dapprima si forma una nubecola intorno al frammento e poi un precipitato fiocconoso; il brodo soprastante non si intorbida. Il micrococco si colora col Gram e col Giemsa, non è mobile e non incapsulato. Nelle culture giovani la forma è piccola e col Giemsa appare più piccola che col Gram; ha grandezza di 0,1-0,3 di micron, ma è estremamente pleomorfo. Nell'agar-ascite dà colonie minute, grigie dopo 3-5 giorni. In un caso il micrococco fu isolato in 6 differenti occasioni di recidiva di cancro della mammella. La forma piccola coltivata nel liquido ascitico è filtrabile alla Berkefeld V; si sviluppa dopo 5-8 giorni. La forma grande è una varietà del micrococco dovuta ai mezzi culturali.

Ha iniettato sottocute nei topi, facendo precedere in alcuni delle scarificazioni epidermiche,

il micrococco per 5 mesi, facendo in tutto 62 inoculazioni, preparando contemporaneamente dei controlli con inoculazioni di streptococco piogeno e stafilococco albo. Con le inoculazioni ripetute del micrococco si avvera una intensa proliferazione delle cellule epiteliali sia dei processi papillari come dei bulbi piliferi. Gli animali scarificati presentarono le lesioni più precocemente che gli altri. Alla iperplasia seguì formazione di ulcere, di corni epiteliali ma in nessuno un tumore primitivo maligno. Nei polmoni si riscontrarono noduli che microscopicamente risultarono formati da cellule con nuclei ipercromatici, con figure mitosiche; aggruppate intorno ai bronchi e che possono appartenere alla categoria dei granulomi o dei linfocitomi.

Nessuno dei controlli mostrò lesioni simili. Ha inoculato ripetutamente il micrococco nelle mammelle di cagne ottenendo per le dosi elevate delle suppurazioni con focolai emorragici, con le dosi deboli una mastite interstiziale cronica cistica. In due si ebbe formazione di tumore di cui uno ad andamento rapido fu diagnosticato istologicamente un carcinoma alveolare scirroso con metastasi polmonare. Complessivamente di 10 animali 5 sopravvissero ai 3 mesi di trattamento e di essi 3 presentarono i segni di mastite cistica, 2 di carcinoma. Il carcinoma spontaneo della mammella dei cani è stato riscontrato nel 2%. I due casi sperimentali hanno avuto come stadio precanceroso la mastite cistica.

In un vecchio operato di ulcera carcinomatosa della guancia destra l'A. praticò in 4 mesi e mezzo 62 iniezioni di micrococco isolato da un cancro della mammella umana, facendo cadere l'iniezione in una piccola area cutanea dell'inguine destro. Si formò dapprima un ispessimento, poi un tumore duro che si ulcerò e che fu poi escisso rivelandosi istologicamente un epitelioma con perle e con tendenza alla infiltrazione.

Così in conclusione può affermare che i tumori possono essere prodotti dalla continuata azione irritante di batteri.

R. BRANCATI.

L'influenza di alcuni germi piogeni sui tumori maligni.

(P. MARICONDA).

Questo lavoro, (Tipografia delle Mantellate, Roma, 1925), è l'insieme di tutte le esperienze eseguite nell'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Roma su questo argomento.

Le esperienze sui tumori, hanno origine da altre esperienze iniziate nel 1909, allo scopo di produrre la degenerazione amiloide. Esse duravano da alcuni mesi senza alcun risultato positivo quando si tentò di ottenerlo dal Mariconda sui topi affetti di tumore maligno per riunire i due processi setticemico e tossiemico in modo da facilitare l'insorgenza e lo sviluppo della degenerazione amiloide. Seguendo tali esperimenti, il Mariconda constatò che mentre il processo amiloideo non si otteneva, il tumore di quasi tutti i topi innestati e poscia inoculati con lo stafilococco aureo, non solo si ulcerava rapidamente, ma continuando le inoculazioni di stafilococco diluito in coltura in brodo cadeva in sfacelo e si distruggeva (sarcoma e adenocarcinoma innestati). I medesimi risultati si ottennero anche ricavando da altri animali stafilococcizati il siero di sangue, il quale veniva inoculato ai portatori di tumore. Questo poi non attecchiva se lo stafilococco o in coltura in brodo o in siero di sangue veniva inoculato preventivamente agli animali da innestare di tumore. Tale risultato si aveva anche parzialmente inoculando le tossine dello stafilococco aureo. Il Mariconda spingeva le sue esperienze fino a inoculare il germe morto o attenuato per mezzo della temperatura caldo-umida a 65-70°, e stemperando sia lo stafilococco, sia il siero di sangue, sia le tossine con l'olio fosforato. Quest'ultima esperienza per dimostrare se l'azione del fosforo a dosi terapeutiche e a dosi tossiche poteva coadiuvare l'azione disgregatrice o involutiva del germe piogeno. D'altro canto secondo il Mariconda il fosforo in dose terapeutica avrebbe potuto influenzare beneficamente l'organismo nel renderlo più resistente a sopportare il processo setticemico indotto dal germe ed il processo tossiemico determinato dallo innesto del blastoma, senza dire che il fosforo, agendo su un tessuto giovane e nuovo, come il tessuto neoplastico, che viene a fissarsi nell'animale, in cui si stabilisce definitivamente, poteva coadiuvare l'azione del germe piogeno nella sua azione involutiva e degenerativa verso il tumore. Il Mariconda dopo aver accennato alla etiologia e alla patogenesi dei tumori maligni, menzionando le dottrine principali, comprese le ultime, che hanno base e fondamento nelle esperienze del Gye e Barnard, esperienze apparse in sunto nel *Lancet* del luglio 1925, trae lo spunto per accennare ad una concezione originale sullo sviluppo e sulla genesi dei blastomi, in quanto che qualunqe possa essere la verità sulla etiologia del cancro, che il Mariconda fin dalle prime pubblicazioni del 1910-11, attribuisce, pur senza dire in che consista, ad un quid legato sempre ad un fattore biochimico costituzionale, trae da tutte le sue esperienze, la convinzione che il germe piogeno può modificare l'ambiente, che deve ospitare e che ospita il tumore e che esso germe esercita la sua maggiore attività sul nucleo della cellula neopla-

stica, con un potere di elettività su questo organo essenziale per la proliferazione tumultuaria, blastomatosa, elemento che viene prima di ogni altro distrutto. Egli conchiude con le seguenti proposizioni:

1) Il germe piogeno, stafilococco aureo ed in minore grado lo streptococco piogeno, agiscono sul tumore sperimentale come in locus minoris resistentiae, determinando involuzioni e necrosi insieme. Accanto a zone necrotiche si scorgono zone involute.

2) Questo germe se inoculato a lungo sembra modificare il pabulum fisiologico o chimico-biologico dell'animale, fino a fare da questi respingere l'attecchimento del tumore.

3) Il siero di sangue e le tossine degli animali stafilococcizzati hanno potere, per quanto non nettamente distruttivo, limitatamente involutivo e distruttivo insieme, ovvero influiscono negativamente per l'attecchimento del tumore.

4) Il germe esercita la sua azione probabilmente sul nucleo cellulare neoplastico in un primo tempo e quindi su tutto il citoplasma e quindi sul ricambio materiale.

5) Il germe piogeno induce in tutti gli individui inoculati processi generali setticemici o setticopiemici, e ciò è ovvio, ma se usato esso germe coi suoi prodotti attenuati o neutralizzati, anche se inoculati lungamente può anche non dare infezione generale ed esercitare invece potere oncolitico limitato.

6) Lo stafilococco aureo spiega costantemente la sua azione indipendentemente dalla presenza o meno delle glandole a secrezione interna, però si conferma la importanza di essi organi endocrini per lo sviluppo o meno del blastoma, come organi che abbiano influenza *negativa*, o *positiva*, ma più *negativa* per lo sviluppo del tumore (milza, tiroide, stato gravidico).

7) L'azione del fosforo negli animali inoculati e innestati modifica di poco l'andamento progressivo del tumore, mentre può conferire un lieve aumento del potere di resistenza agli animali infettati.

F.

L'infezione secondaria dei carcinomi. Sua importanza dal punto di vista della radioterapia.

(REGAND e MUTERMILCH. *Paris médical*, n. 5, 1924).

I carcinomi in genere, quando sono ulcerati, spesso vanno incontro ad infezioni più o meno gravi, che rappresentano la causa più comune dell'esito letale.

Gli AA. hanno preso in esame diversi casi e più precisamente:

1) cancri della pelle con infezione e suppurazione grave;

2) cancri epiteliali della cavità boccale;

3) infezioni locali sviluppate in territorii irradiati;

4) infezioni nel cancro del collo dell'utero.

In base ai risultati ottenuti sono venuti alle seguenti conclusioni:

1) Grande è l'importanza e l'influenza che ha l'infezione, in genere sull'efficacia, sull'immunità e su i danni del trattamento con la radioterapia;

2) Le infezioni superficiali dei neoplasmi ulcerati, che non sono accompagnati da fenomeni generali, nè da segni locali di flogosi non richiedono disinfezione preventiva alla radioterapia, eccettuate le infezioni da streptococchi.

Le irrigazioni antisettiche costituiscono un'ottima precauzione.

La radiosensibilità non è punto diminuita dalle infezioni benigne e superficiali.

Con la radioterapia mentre si ottiene la regressione e la scomparsa del tessuto neoplastico, si ha anche la fine della flogosi.

3) Le infezioni estese, quelle che sorpassano i limiti del tumore rappresentate da ascessi, flemmoni, adeniti suppurate diminuiscono non poco la radiosensibilità con un meccanismo ancora sconosciuto.

4) La radioterapia diminuisce non poco la resistenza dei tessuti rispetto all'infezione.

Nei neoplasmi infetti, specie se da streptococco si ha diminuzione o abolizione di poteri di difesa. La causa dell'insuccesso della radioterapia deve ricercarsi da una parte nella diminuzione della radiosensibilità che si ha nei *tumori infetti* e da l'altra parte nella diminuzione e abolizione dei mezzi di difesa contro l'infezione secondaria all'irradiazione.

5) I tessuti che hanno ricevuto forti dosi di raggi, anche se cicatrizzati, conservano una fragilità persistente ed una speciale recettività per le infezioni.

6) Nei carcinomi della bocca, le infezioni secondarie a spirilli hanno una grande importanza per le complicazioni alle quali possono dar luogo in seguito alla *curiterapia*.

Si ottiene la profilassi col rendere asettica preventivamente la bocca e con la nettezza dei denti.

7) Nei *cancri* del *collo* dell'*utero*, la esistenza di una vecchia infezione periuterina deve fare essere prudenti nella radioterapia.

Così non si dovrà fare tale trattamento quando esistono sintomi di infezione locale uterina o parametritica, o semplicemente la febbre. Prudenti, inoltre, si deve essere con le malate diabe-

tiche, anemiche, albuminuriche perchè sono delle predisposte alle infezioni.

8) Un prelevamento seguito da esame batteriologico è una misura prudente da usarsi prima di applicare la radioterapia nei cancri dell'utero; questa precauzione è necessaria quando il carcinoma è molto esteso. Constatando la presenza dello streptococco è opportuno attendere la sua scomparsa.

9) In tutti i casi, specie nei cancri dell'utero, è opportuno sottoporre i pazienti a medicazioni antisettiche, per parecchi giorni, prima di trattarli con la radioterapia.

T. LAURENTI.

La termocauterizzazione nella cura degli epiteliomi cutanei.

(PERIN. *Paris médical*, n. 12, 1925).

L'A. ricorda come la termocauterizzazione sia a torto abbandonata nella cura degli epiteliomi cutanei, preferendosi ad essa la radiumterapia. Egli nel reparto del dott. Milian, nell'ospedale di Saint-Louis a Parigi ha applicato tale metodo di cura in 53 casi, ottenendo 45 guarigioni perfette, senza recidiva di sorta, dopo 3 anni. In 5 casi ebbe recidiva; in 3 non ottenne alcun miglioramento.

Riferisce su i casi dettagliatamente e fa rilevare come le differenze di risultati debbano attribuirsi alla varietà clinica dell'affezione.

La indicazione infatti alla cura, dipende dalla forma istologica e dall'aspetto clinico della lesione.

Quanto alla forma istologica è opportuno praticare sempre la biopsia, potendosi così classificare l'epitelioma cutaneo nei suoi tre tipi: forma nodulare, tubulare e nevo-carcinoma.

Come la radioterapia così la cauterizzazione trova la sua indicazione nella forma di carcinoma tubulare. In 45 casi, 43 volte si trattava di tale varietà.

La forma nodulare e il nevo-carcinoma non sono punto influenzati da tale metodo di cura, poichè si accompagnano quasi sempre a metastasi e adenopatie.

La termocauterizzazione dovrà essere, quindi, usata:

1) nello stadio iniziale, quando non esistono punto adenopatie;

2) deve essere profonda e rapida.

Quanto alle varietà cliniche, divide l'affezione in tre gruppi:

1) epiteliomi papillari o vegetanti;

2) epiteliomi erosivi;

3) epiteliomi ulcerosi o profondi.

La termocauterizzazione riesce utile solo nelle forme papillari e ulcerose poco estese. Per quanto si riferisce alla tecnica l'A. consiglia di servirsi di un coltello a lama dritta, riscaldato al rosso moderato, affinchè sia nel tempo stesso emostatico.

Consiglia o l'anestesia locale alla novocaina o al cloruro d'etile, facendolo prima evaporare e usandolo in 2 tempi, cioè, prima si dirige sulla zona neoplastica un primo getto, e poi, evaporato il cloruro di etile, se ne fa cadere un secondo. Dopo la cauterizzazione, che deve oltrepassare la zona marginale del tumore, si applica una medicatura secca o umida, a base antisettica.

Se la cauterizzazione è stata sufficiente, caduta l'escara, si trova una cicatrice regolare, bianca e rosea, senza tracce di neoplasma; se è riuscita incompleta, sotto la escara si ha tessuto vegetante o ulceroso. Le emorragie sono molto rare e si possono facilmente dominare.

Conclude affermando, che tale metodo, semplice e alla portata di tutti, spesso ha dato risultati migliori e più costanti che il trattamento con il galvanocauterio, la neve carbonica e la radioterapia.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

R. RUGE, P. MÜHLENS, M. ZUR WERTH. *Krankheiten und Hygiene der warmen Länder.* W. Klinkhard ed., Lipsia.

È un recentissimo, ottimo trattato, che molto opportunamente, nello studio delle tante malattie che infestano le zone meridionali, unisce la scienza alla pratica.

Una parte notevole è dedicata alla malaria. E tiene molto conto dell'attività italiana nella lotta contro questo morbo.

Gli AA., noti per la loro fama e competenza in materia, hanno voluto unirsi per aggiornare le conoscenze ed i criteri profilattici nella difesa contro le infezioni tropicali e subtropicali.

L'opera è ricca di illustrazioni (9 quadri a colori e 448 figure) che le conferiscono un particolare carattere di attualità e di pratico interesse.

B. GOSIO.

I. DI GIOVANNI. *La lotta contro la malaria nelle solfare di Sicilia.* Un vol. in-8° di pag. 159, con tavole. Stab. Arti grafiche A. Brangi, Palermo, 1925.

È l'esposizione precisa e circostanziata dei metodi di lotta contro la malaria, che il dott. I. di Giovanni, direttore dei posti di soccorso nelle mi-

niere della Sicilia, ha istituito in queste ultime. Metodi evidentemente eclettici ed orientati sullo studio del terreno, sulla piccola bonifica e sulla lotta contro le zanzare. I risultati ottenuti furono assai buoni e portarono ad una notevole diminuzione e, quasi, alla scomparsa della malaria nelle miniere in cui la profilassi fu più rigorosamente attuata.

La parte più interessante del lavoro sta però negli studi originali dell'A., diretti ad abbattere opinioni che ormai si ritenevano indiscutibili e che addivengono a conclusioni importanti. L'A. ha potuto dimostrare che il territorio proprio delle miniere può essere malarigeno e che le anofele resistono bene all'anidride solforosa a concentrazioni di molto superiori a quelle che sono intollerabili per l'uomo.

Oltre a schemi, diagrammi, cartine topografiche e fotografie, sono allegati al volume diversi studi, fra cui uno di notevole interesse sulla composizione delle acque delle miniere. *fil.*

O. NEUSTAETTER. *Max Pettenkofer.* Un vol. in-8° di 92 pag. rilegato. J. Springer ed. Vienna, 1925. Prezzo M. 3,60.

Il nome di Pettenkofer è certamente uno dei più noti fra i maestri dell'igiene; fu egli che, sfatando vecchi pregiudizi, aprì nuove vie e dischiuse nuovi orizzonti all'igiene, dando a questa un indirizzo scientifico e sperimentale. A tale opera, egli era singolarmente adatto per la sua ottima preparazione scientifica e per le sue profonde conoscenze nella chimica e nella tecnica sanitaria. Meno fortunato egli fu con la nota teoria localistica che strenuamente difese sino alla fine contro quella contagionista, anche quando la scoperta del vibrione colerigeno mutò completamente le direttive dell'epidemiologia.

La vita, la personalità, l'opera del Pettenkofer sono amorosamente descritte dall'A. in questo volumetto che fa parte della raccolta « Meister der Heilkunde ». Alla fine, si trova anche un elenco dei più importanti lavori del Pettenkofer.

fil.

W. GAEHTGENS. *Methoden der bakteriologische Untersuchung von Nahrungsmitteln.* Un vol. in-8° di 506 pag. con 17 fig. Urban e Schwarzenberg edd. Berlino, 1925. Prezzo M. 21.

Questa ampia monografia fa parte del trattato diretto da Abderhalden (Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden) e si occupa delle ricerche batteriologiche sui diversi alimenti animali e vegetali e sulle bevande. Una larga parte è dedicata al riconoscimento ed all'identificazione dei germi patogeni per l'uomo e per gli animali. Sono anche descritti i metodi generali di ricerca batteriologica riguardanti la colorazione e la preparazione dei principali mezzi di coltura. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica Mantovana.

Seduta del 27 gennaio 1926.

Presidenza: prof. GHEDINI, presidente.

All'inizio della seduta per incarico della Presidenza il prof. MACCABRUNI, già assistente nell'Università di Pavia, commemorò con riverenti parole il prof. sen. Golgi; indi il prof. GHEDINI fece all'assemblea diverse comunicazioni di indole sociale.

Seguirono le seguenti comunicazioni:

Prof. G. GHEDINI. — *Contributo alla terapia della tisi.* — Dà conto sui risultati ottenuti dalla applicazione delle più recenti conquiste terapeutiche relative alla terapia della tisi nel Reparto specializzato da lui diretto. Dai prodotti immunitari antitubercolari e antipioidi si ottennero incostanti successi. Analogamente da prodotti chimici atti ad influire sui germi e tossine aspecificamente. Preconizza quali particolarmente efficaci mezzi atti a combattere i prodotti della disintegrazione cellulare del polmone — mezzi che ancora ci mancano.

Dott. MAMBRINI. — *Due casi di ureterolitotomia.* — Riferisce sopra due casi di calcolosi degli ureteri operati con successo.

Dott. GANGITANO. — Presenta un caso da lui operato di *occlusione intestinale* dovuta ad invaginazione intragastrica dell'ansa anastomotica consecutiva a gastroenterostomia.

Dott. MANTOVANI. — Comunica i buoni risultati da lui tenuti trattando con la Roentgenterapia profonda due casi di sarcomi retroperitoneali.

Dott. SOLIANI. — *La malaria a Mantova durante e dopo la guerra.* — A conclusione di questa comunicazione e di una precedente sullo stesso argomento viene presentato un ordine del giorno che la Società Medico-Chirurgica fa suo — ed è il seguente:

« La Società M.-C. M., preoccupata del risveglio epidemico avvenuto in questi due ultimi anni nella città di Mantova, interessa le Amministrazioni comunale e provinciale perchè vogliano perseverare nel concretare il poderoso problema idraulico. Frattanto fa voti che fin d'ora siano prese in considerazione tutte quelle provvidenze dettate dalle moderne leggi eziologiche, profilattiche e curative sulla malaria.

Ritiene di indicare come utili i seguenti provvedimenti: 1) Istituzione di uno o più ambulatori come centri didattici e diagnostici. 2) Bonifica umana intensa ed assidua. 3) Piccola bonifica idraulica o antianofelica dei laghi e della zona a sud della città. 4) Tutti quegli altri mezzi diretti ed indiretti che valgono a diminuire le cause della malaria, cioè: distruzione delle anofele alate, protezione dei sani più esposti, immissione di pesci larvifagi nei laghi, sorveglianza ed igiene dell'abitato, propaganda educativa, colonie pro bambini malarici, ecc. ».

Dott. NICOLINI, segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le schizofrenie e le demenze precoci.

G. Montesano (*Nuova Rivista di Clinica ed Assistenza Psichiatrica*, 1925) fa una recensione critica della recente produzione scientifica su l'argomento e quindi ricorda le vedute proprie esposte già in precedenti lavori. Per lui le forme schizofreniche sarebbero caratterizzate da tre specie di disturbi, di cui ora è più accentuata l'una, ora l'altra, qualcuna è talora poco o nulla evidente. Tali disturbi sarebbero: sintomi neurologici a forma catatonica; ottusità emotiva; atti bizzarri, di una bizzarria che ricorda molto da vicino alcuni giuochi puerili, sia perchè detti atti rappresentano una deformazione caricaturale goffa di quelli normali, sia perchè non si rivela in essi alcun proposito di affermare la propria personalità, esercitare una qualsiasi influenza sul sentimento e sul pensiero altrui. Stabilito così quello che è specifico, l'A. crede che tutte le specie di disturbi rispondono ad esagerazione di una stessa funzione nervosa ormonica normale. Tale funzione consisterebbe nel dare alle varie manifestazioni psicologiche (motorie, intellettuali, sentimentali, emozionali) un carattere di stabilità, una possibilità di persistenza e quindi resistenza all'intervento di nuovi agenti produttori di cambiamenti, ossia di nuove manifestazioni in sostituzione delle prime. La suscettibilità d'esagerazione di questa particolare funzione deriverebbe da una debolezza costituzionale; psicosi di vario genere, innestandosi sopra questa particolare costituzione morbosa e probabilmente accentuandola, prenderebbero la forma schizofrenica: allucinosi gravi a decorso cronico, allignate su lo speciale terreno, darebbero luogo a la così detta demenza precoce.

Data questa concezione della patogenesi della schizofrenia, i disturbi che vanno col nome di dissociazione psichica, d'autismo, non dovrebbero più considerarsi come primitivi, ma secondari, deriverebbero cioè dall'intoppo alle pronte reazioni richieste dalle variazioni ambientali, da una progressiva rinunzia a quelle reazioni e conseguente indifferenza per gli avvenimenti esterni.

La frenosi maniaco-depressiva si distinguerebbe dalle schizofrenie non per la periodicità, il decorso ciclico dei disturbi, possibili anche in quest'ultime, bensì per un'esagerazione della funzione antagonista all'altra che dà il carattere statico alle manifestazioni psicologiche, di quella cioè che favorisce la variabilità delle manifestazioni, agevola il dinamismo delle reazioni. A torto si è considerato quest'esagerato dinamismo come *sintonismo*: reagire più facilmente alle variazioni dell'ambiente non significa già tendere maggiormente a concordare col medesimo. Una particolare condizione costituzionale favorirebbe questo esagerato dinamismo, così come l'altra favorisce l'esagerato staticismo; le psicosi che si innestano sopra l'un terreno dovrebbero perciò dirsi *dinamofrenie*, quelle che insorgono su l'altro, anzi che schizofrenie, dovrebbero chiamarsi *staticofrenie*.

DR.

Il trattamento delle tossicomanie.

L. Neuberger (*Journal des praticiens*, 8 agosto 1925) osserva che vi sono delle tossicomanie che vanno rispettate, quali sono quelle che si hanno nei malati affetti da malattie cachettiche dolorose ed in certi morfinomani abitualmente neurastenici che ricorrono al veleno in rare circostanze in cui l'ansietà e l'insonnia danno uno stato di parossismo intollerabile.

Negli altri casi, si impone il trattamento, di cui la riuscita è subordinata alla docilità del malato ed all'accettazione dell'isolamento rigoroso, indispensabile per ogni trattamento serio. La persistenza della guarigione dipende poi dalla data relativamente recente dell'intossicazione e dalla rinuncia sincera e definitiva al frequentare l'ambiente che mantiene il gusto per il veleno. Il trattamento comprende tre periodi.

1) *Soppressione della razione di lusso*. (Durata 4 giorni). L'individuo confessa di usare una razione quotidiana nettamente superiore a quella che gli è fisiologicamente sufficiente. Dopo un esame accurato della resistenza vascolare e del valore funzionale degli emuntori, si fissano le seguenti direttive: *a*) internamento del malato in uno stabilimento adatto, isolamento completo senza visite, alimentazione ridotta senza alcool nè carne, liquidi abbontanti; *b*) riduzione immediata della dose superflua riducendola al minimo necessario (nascondere il quantitativo al malato!); si faranno, ad ore fisse, cinque iniezioni al giorno, usando il cloridrato di morfina a cui si riconduce per sostituzione anche l'intossicazione da oppio e da eroina; *c*) idroterapia tiepida o, meglio, docce scozzesi due volte al giorno ed un bagno caldo la sera; bagni di vapore seguiti da frizioni alcooliche, eventualmente bagni di luce. Diuretici abbondanti (alcalini, urotropina, 50 cg. due volte al giorno); *d*) somministrazione di tonicardiaci per bocca e cioè ogni giorno: granuli di strofanto (1/2 mg.), pillole di solfato di spartenia (cg. 5), compresse di uabaina (1/10 di mg.); *e*) contro l'insonnia, gli ipnotici a larga dose, preferendo quelli ureidi.

2) *Soppressione brusca del tossico* (due giorni). Comprende le seguenti indicazioni: *a*) purganti drastici energici e ripetuti fino a provocare una cinquantina di scariche al giorno, anche mucosanguinolente, sorvegliando attentamente lo stato del malato. Alla sera si darà un clistere oleoso con la sonda intestinale, al mattino seguente 45 g. di solfato di magnesio in una o due volte, durante il giorno 4-5 pillole fortemente lassative, come le seguenti: aloe cg. 2, resina di gialappa, di scammonea, podofillina, coloquintide, estratto di belladonna ana cg. 1; *b*) sorveglianza continua dello stato del cuore, somministrando un tonicardiaco complesso che si incorporerà alle iniezioni di dionina, eventualmente, iniezioni di olio canforato; *c*) iniezioni ipodermiche di dionina (meno tossica) alla stessa dose totale della morfina; *d*) continuare l'isolamento assoluto, la fisioterapia e l'attivazione dell'eliminazione cutanea, nonchè il trattamento dell'insonnia. Regime lattovegetariano, diuretici abbondanti; *e*) contro i dolori, dare ogni due ore a dosi crescenti la seguente pozione da prendersi in una giornata: bromidrato di joscina mg. uno, tintura di belladonna cg. 6, acqua cloroformica g. 100.

3) *Convalescenza e consolidamento dello svezzamento.* Sostituzione della dionina con il bibromuro di codeina, riducendo il contenuto rapidamente fino a zero, ma continuando nello stesso numero di iniezioni e con la stessa quantità di liquido. Pure continuando nella fisioterapia, si diminuiranno i tonicardiaci, si ridurrà il soggiorno in letto, si darà un'alimentazione meno rigorosa: lottare contro la costipazione ostinata e sopratutto contro l'insonnia, ciò che esige ancora una ventina di giorni. Annunciare quidi al malato che egli è disintossicato e stabilizzarlo nella decisione presa, eventualmente con una sagace psicoterapia.

Se si tratta di cocainismo o di alcoolismo, il malato è sottoposto al trattamento descritto *senza nessuna sostituzione;* gli si somministreranno dei calmanti (bromuro di sodio a forti dosi). Nei casi di alcoolismo e di tabagismo senza disturbi mentali, darebbe buoni risultati la berberina, da somministrarsi nei primi giorni di soppressione del tossico.

fil.

L'inoculazione della malaria nella cura della tabe.

Gli scarsi risultati che si ottengono coi soliti metodi curativi nella tabe hanno indotto F. Behring (*Münchn. med. Wochenschrift*, n. 35, 1925) a trattare 23 casi di tabe con l'inoculazione di malaria. In tutti i casi la malaria determinò un notevole miglioramento: gli ammalati si sentivano meglio poco dopo la fine della cura ed aumentavano di peso. In quattro casi non si ebbe miglioramento di alcun altro sintomo tranne che dello stato generale; in 13 casi migliorarono anche i riflessi, l'atassia, e i disturbi della sensibilità.

Notevole vantaggio si ottenne negli altri sei casi: grave atassia e disturbi della vescica e del retto scomparvero quasi del tutto di modo che i pazienti riacquistarono la facoltà di lavorare. In nessun caso si osservarono inconvenienti.

POLL.

Paralisi agitante e parkinsonismo.

Molta importanza assegna W. Kühl (*Münchner med. Wochenschr.*, n. 43, 1925) all'intervallo più o meno lungo che decorre tra l'encefalite letargica e la comparsa della sindrome parkinsoniana. Questo intervallo è talvolta solo di giorni, altre volte esso si protrae fino a cinque anni; le sindromi parkinsoniane si osservano in circa un terzo dei casi di encefalite letargica. L'intervallo in cui i pazienti si sentono perfettamente bene è attribuito dall'autore alla lotta dell'organismo contro le sostanze tossiche. Esso neutralizza le tossine principalmente per mezzo di ormoni; nei casi in cui gli organi endocrini corrispondenti diventano insufficienti, si manifesta la sindrome parkinsoniana. Questa sindrome è allora determinata dall'azione elettiva che le tossine esercitano sul globus pallidus e sul corpo striato. A questo punto la terapia è del tutto inefficace.

Nella vera malattia di Parkinson, malattia che l'autore crede di poter attribuire ad un difetto nel ricambio del calcio in seguito a disfunzione paratiroidea; le sostanze tossiche che agiscono sui centri nervosi deriverebbero dal ricambio delle sostanze proteiche; esse potrebbero essere simili alla guanilina, sostanza che determina sperimentalmente la paralisi agitante. L'opoterapia paratiroidea potrebbe essere efficace negli stadi precoci della malattia. Altre sindromi simili, la malattia di Wilson e la pseudosclerosi sono egualmente determinate da azioni tossiche: le tossine sono di origine prevalentemente epatica.

POLL.

Il quadro clinico della sclerosi a placche.

Nella clinica di Sahli, sono stati osservati 118 casi dal 1901 al 1923. A proposito di essi, K. M. Walthard (*Schweiz. med. Wochen.*, 12 febb. 1925) fa notare l'aumento di frequenza dal 1915. Di fatto dal 1901 al 1915, vi sono stati 57 casi, mentre dal 1916 al 1923 ve ne sono stati 58. La frequenza è maggiore fra gli operai occupati in lavori faticosi o nelle donne attendenti alla casa.

Dal punto di vista semeiologico, è interessante rilevare l'esistenza di forme acute febbrili (l'evoluzione è durata 3 mesi in un caso, 18 in un altro) che sono state accompagnate da demenza acuta; le forme croniche, iniziatesi con sintomi isteriformi. P. es., un malato era stato considerato come un basofobico, aveva un modo di camminare simile a quello di un danzatore di corda; i fenomeni avevano ceduto ad un trattamento psicoterapico, ma poco dopo si sviluppò la sclerosi a placche. Vi sono inoltre dei tipi parkinsoniani, cioè con sindrome parkinsoniana manifestatasi in modo insidioso, con disturbi reflessi della serie spasmodica, abolizione dei reflessi addominali, nistagmo, riso e pianto spasmodici e, talora esagerazione intenzionale del tremore.

L'A. mette in rilievo le difficoltà che spesso si presentano per la diagnosi con l'encefalite epidemica, tanto più che talora si ha sonnolenza ed anche l'esame istologico mostra qualche volta delle placche nel sistema pallidale e nel nucleo rosso. Del resto la diagnosi non ha grande importanza nel senso che la sclerosi a placche non è che una sindrome anatomo-clinica e che l'encefalite può benissimo trovarsi alla sua origine.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'ormone dei follicoli ovarici.

E. Allen, J. Pratt, E. Doisy (*Journ. A. M. A.*, 8 agosto 1925) hanno studiato l'attività degli estratti dei vari tessuti ovarici. La misurano in unità ratto; una di queste unità è la quantità minima (in cmc.) capace di modificare la secrezione vaginale di ratti castrati, facendone scomparire totalmente i leucociti, che normalmente vi abbondano in conseguenza del processo di involuzione provocato dalla castrazione.

Nelle donne il contenuto dei follicoli è assai più ricco in ormone che negli animali; dopo l'ovulazione il corpo luteo esercita per lungo tempo un'azione ormonica simile, mentre ciò non accade nel porco e nel bue.

Gli estratti di placenta esercitano pure una simile azione ormonica.

Il corpo luteo può essere asportato venti giorni dopo l'ultima mestruazione, senza che l'intervenuta gravidanza ne risenta danno.

Doria.

Sulla struttura e funzione del corpo luteo.

B. Salomons (*British med. Journ.*, 27 dic. 1924) ritiene che il corpo luteo si formi dalla membrana granulosa.

Nei ratti, l'estratto di corpo luteo dato per bocca, si mostra utile contro la mestruazione scarsa e la sterilità, inutile contro le menorragie e metrorragie. Nella donna, è talora utile contro la dismenorrea, e i vomiti gravidici; è inutile contro i disturbi da menopausa. Durante la gravidanza, sembra utile al normale sviluppo del feto.

Doria.

Patogenesi tiro-surrenale del basedowismo.

A. Chauffard e Girot (*Revue française d'Endocrinologie*, vol. III, n. 3, giugno 1925) sostengono che il basedowismo sia una malattia pluriglandolare in cui oltre alla tiroide avrebbero una grande importanza il simpatico e le surrenali. Molti AA. ammettono l'importanza della tiroide e del simpatico sotto forma di ipertiroidismo e di simpaticotonia, ma trascurano troppo le surrenali. Gli AA. basandosi sull'osservazione di un basedow con pigmentazione addisonniana e su altri casi riferiti da Etienne ammettono che si tratti di una lesione della tiroide, ma che per una eccitazione glandolare delle surrenali vi sia secondaria iperadrenalinemia e consecutiva ipereccitabilità del simpatico.

L. Tonelli.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. C. C., da Pozzallo:

Il più recente Trattato italiano di geografia medica è quello del Muzio Carlo, edito nel 1922 dalla Casa Hoepli di Milano. È un manuale compiuto, di oltre 1100 pagine nel quale potrà trovare anche le notizie riguardanti il Canadà (clima, acque termali, piante medicinali, nosografia).

Non esistono in italiano altri libri sull'argomento, ad eccezione di una pubblicazione abbastanza antica (1880) del dott. Giuseppe Parola, in ogni modo limitata alla geografia medica dell'Italia.

In francese potrebbe consultare la *Géographie coloniale de l'Empire Britannique* del Demangeon Albert, Paris, 1923, éditeur Armand Colin, 103, Boulevard Saint-Michel; ma le notizie sul Canadà sono limitate al clima e alla costituzione geologica del suolo.

Ribolla.

All'abb. n. 11432, da Sc.:

Per il concorso al posto di medico di reparto delle Ferrovie dello Stato non è fissato alcun limite di età.

a. a.

VARIA.

La base anatomica del colore dell'iride.

(K. MÜNCH. *Münch. Med. Woch.*, n. 52, dic. 1925).

È questo un soggetto di importanza indiscussa per tutti i cultori dei vari rami delle scienze biologiche, e intorno ad esso non si è ancora addivenuti ad un accordo completo.

Da quasi tutti è oggidì ammesso che la differenza di colore dell'iride sia dovuta al variabile contenuto in pigmento dello stroma irideo. Tale pigmento è portato dalle cellule dello stroma o « cromatofori », cioè da speciali cellule ramificate che si uniscono a formare una rete a più strati, costituente la massa fondamentale dello stroma irideo.

Le opinioni circa l'essenza e l'importanza di tali cromatofori sono discordi, e mentre, ad esempio, Fischer li considera come degli elementi istogeni instabili, per cui la colorazione più o meno intensa dell'iride sarebbe dipendente dal loro numero più o meno grande, Fuchs sostiene invece che la loro presenza è costante ed uniforme, variando solo la quantità di pigmento in essi contenuta.

Quello che in ogni modo è certo, si è che tale pigmento differisce del tutto da quello cutaneo, non subendo alcuna variazione a contatto delle radiazioni luminose. Nè alcuna connessione sembra esistere tra pigmento irideo e pigmenti ematici e biliari.

L'A., eseguendo delle ricerche su centinaia di iridi di uomo e di animali, si accosta all'ipotesi di Fuchs, cioè all'invariabilità numerica dei cromatofori, ma emette l'opinione che anche il pigmento si ritrovi in quantità sempre costanti. La differenza di colore non sarebbe, secondo lui, dovuta ad altro che a un differente grado di chiarezza dei granuli di pigmento. In tale modo, dei granuli di colorito bruno-scuro saranno più visibili e daranno l'impressione errata di formare delle masse più grosse che nel colorito biondo. I pigmenti pallidi o del tutto incolori possono poi addirittura trarre in errore anche un osservatore esperto, ma la loro presenza si lascerà dimostrare con grande evidenza, impregnando l'iride con l'argento, secondo i metodi di Ramon y Cajal o di Bielchowski. Con tale impregnazione si può anche constatare che i granuli occupano tutte le parti della cellula.

Bisogna però ben intendersi su questi cosidetti « granuli », per non creare equivoci. Si tratta cioè di goccioline, o per lo meno di sferule di una sostanza semifluida, di consistenza analoga a quella delle gocciole di grasso. Nei preparati a fresco queste gocciole escono facilmente dalle cellule e si mostrano dotate di movimenti browniani, con tendenza a fondersi fra di loro.

Tale fatto si verifica anche durante la fissazione e l'indurimento dei preparati microscopici, generando un aspetto falso, quasichè in alcuni punti il pigmento fosse formato da masse amorfe, e da granuli di varia grandezza.

Importante è l'ordine straordinariamente regolare dei granuli, che si dispongono a zone trasverse esili, sì da dar l'impressione di una striatura trasversale. Tale disposizione fa ammettere all'A. che le cellule stromali siano di natura muscolare, e propriamente delle cellule muscolari trasformate, in cui i granuli di pigmento corrisponderebbero ai cosidetti noduli interstiziali di Kölliker, che si trovano nelle fibre muscolari striate.

Una ricca rete nervosa, formata da terminazioni del simpatico è in rapporto coi cromatofori, e la colorazione col metodo di Ramon y Cajal la mette bene in evidenza.

Clinicamente i granuli devono essere composti di sostanze lecitiniche, e sono in parte solubili nell'alcool e nell'etere.

La scoperta della natura muscolare delle cellule dello stroma dovrebbe rappresentare la soluzione del problema, da tanto tempo dibattuto, se esista un muscolo dilatatore della pupilla, come ammettono i fisiologi, o non esista, come vogliono gli anatomici. Purtroppo l'A. ha dovuto constatare che le sue ricerche non sono state fino ad ora tenute nel dovuto conto.

Un'ultima osservazione assai importante riguardo all'iride è stata fatta nell'anno decorso. Si è potuto cioè stabilire, tanto sperimentalmente quanto in casi patologici, che una lesione del simpatico può provocare la decolorazione dell'iride dello stesso lato.

M. FABBRI.

Medici senatori.

Nel fasc. 8 abbiamo riportato, da « Il Medico Italiano », un elenco di medici senatori e deputati.

Esso è però incompleto: non avendone avuto il sospetto, la cosa ci è sfuggita.

Nell'elenco dei senatori è stato omesso nientemeno che il nome di Durante Francesco, fondatore del nostro periodico! Mancano anche i nomi di Giordano Davide (Venezia), Novaro Giacomo Filippo (Genova), Gatti Girolamo (Firenze), Fano Giulio (Roma), Pantano Edoardo (Roma). Chiediamo venia delle gravi quanto involontarie omissioni.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Dove è possibile l'emigrazione dei medici.

Il prof. Piccinini conchiude su *La Federazione Medica* la relazione delle sue indagini circa le località dove sarebbe possibile l'emigrazione dei medici. Egli ha precedentemente indicati i paesi completamente o relativamente negativi, ora tratta dei « paesi relativamente consigliabili ».

Negli Stati Uniti i medici italiani potrebbero ancora trovar modo di esercitare, dovendo però superare una terribile concorrenza anche da parte di connazionali. D'altra parte tutte le informazioni date dai vari consoli concordano sulla « necessità assoluta di conoscenza perfetta della lingua inglese ». È imposto inoltre l'obbligo di « esami (di varie difficoltà ed estensione nei vari Stati) » e di « prendere almeno la *piccola cittadinanza* americana » (che può aversi anche solo dopo pochi mesi, qualora, ben si intende, si conosca l'inglese e si sia ammessi a norma delle attuali leggi restrittive della emigrazione).

Alcuni Stati, come ad esempio quello di Indianopolis, esigono si acquisti « la grande cittadinanza », per la quale è indispensabile avere risieduto « cinque anni » nello Stato ove la si richiegga.

Nel Nord-America, si può ancora consigliare (in base alle informazioni obbiettive avute dal R. Console di Montreal) il Canadà, specie la provincia di Ontario, « ove le colonie italiane sono più ricche e numerose ». Necessaria la conoscenza dell'inglese, molto utile, inoltre, anche quella del francese; data la nota ricchezza del Canadà, e le infinite risorse naturali sue ancora potenziali, vi sono possibili le grandissime fortune.

Anche il Messico, ad onta delle convulsioni politiche continue, appare degno della massima considerazione per giovani medici italiani.

Il « Centro America » (Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nacaragua, El Salvador) non è consigliabile.

Delle numerose Repubbliche del Sud-America, sarebbero particolarmente interessanti Argentina, Cile, Perù, Uruguay; ma tanto in esse come in Venezuela, Bolivia, Equador, Columbia, Paraguay, ecc., sono ormai richieste tali condizioni (di tasse, di esami, di pratiche defatigatorie, ecc.), per le quali non è possibile considerare detti Paesi se non fra i « parzialmente negativi », od anche senz'altro fra i « completamente negativi ».

Oltre il Canadà ed il Messico, risulta consigliabile la Tunisia; poichè tanto il Console italiano di Tunisi, quanto quello di Sfaz, assicurano che « non occorrono speciali esami » per esservi ammessi ad esercitare, qualora vi si porti la laurea italiana vidimata regolarmente dal nostro Ministero degli Affari Esteri e la dichiarazione (del Rettore della Università debitamente vistata) di avere superato l'esame di Stato, per i medici laureati dopo il 1923. Molti medici italiani sono già in Tunisia, come è noto; ma, dato che i Francesi e l'elemento indigeno si rivolgono volentieri a medici Italiani, può darsi che vi sia posto per altri colleghi. Particolarmente in Senegambia vi sarebbe, a quanto assicura il Console a Dakar, vera richiesta di medici stranieri, a stipendio fisso, con varie indennità; necessario rivolgersi al Ministero delle Colonie a Parigi.

In rapporto al concordato Anglo-Italiano del 21 maggio 1925, pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* 28 agosto n. 19, può dedursi quanto segue:

Praticamente, come hanno già stabilito le lettere consolari da Londra, Liverpool, Glasgow, ecc., non è da illudersi in rapporto alla facilità, o probabilità, che altri medici italiani, oltre i pochi già stabilitivi, facciano una qualsiasi fortuna in Inghilterra. In base sempre ai rapporti consolari, c'è solo qualche possibilità nell'Africa Orientale Inglese (Kenia, Uganda, Tangaynica, e isola di Zanzibar).

Molto importante è il Sud-Africa inglese, poichè da Cape Town (Città del Capo) già il nostro R. Console segnala in quella regione tre medici italiani, dei quali uno a Città del Capo, altro a Iohannesbrug, altro a Tongaat. Regione ricchissima, già molto civile, potrebbe forse essere un ottimo sbocco di sane energie italiane.

Negative le Indie Inglesi. Sarebbe molto a dirsi dell'Australia e Nuova Zelanda; per questa ultima, ottimo informatore, cortesissimo, potrà essere il dott. G. Marchesini, che vi fu per molti anni, raggiungendovi una invidiabile posizione: al presente egli trovasi ad Albano Laziale. Per l'Australia, sono per ora insufficienti le informazioni Consolari.

Non vi ha dubbio che i « Paesi di lingua inglese » sono, pei medici italiani che abbiano bene appresa tale lingua, i più consigliabili, oggi, e specie qualora si tenga conto della enorme vastità del « mondo inglese ».

Per le Indie Olandesi, qualche informazione dava per sicura la richiesta di medici stranieri, a buone condizioni; in realtà, il Console Italiano di Batavia scrive molto chiaramente in senso negativo, dicendone anche le ragioni.

La Turchia è ora negativa: forse consigliabili sono la Siria e la Palestina.

Le condizioni fatte ai medici stranieri nel Congo Belga sono ora meno buone che per il passato, comunque vi si trovano tuttora medici italiani contenti della propria posizione.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Provvedimenti sull'istruzione superiore.

Come abbiamo annunziato, la « Gazz. Uff. » dell'8 febbraio pubblica il R. D.-L. n. 119, in data 4 febbraio, contenente disposizioni sul Consiglio Superiore della pubblica istruzione ed altri provvedimenti sull'istruzione superiore.

Composizione del C. S. P. I.

A norma dell'art. 1, i membri del Consiglio Superiore della Pubblica istruzione restano in ufficio per 4 anni; ma al compimento del primo biennio, dieci di essi scadono per sorteggio.

In base all'art. 14, il Consiglio della Pubblica istruzione è stato sciolto, ed il ministro della P. I. ne ha rinnovato i membri per attenersi fin d'ora alle disposizioni suddette. (Abbiamo già riportato la composizione del nuovo Consiglio).

I Senati Accademici.

Con l'art. 2 il corrispondente articolo del R. D. 22 novembre 1925 è così sostituito: il Senato Accademico dell'Università è composto: *a*) del Rettore che lo presiede; *b*) dai Presidi delle Facoltà e dai Direttori delle scuole, che costituiscono l'Università.

Concorsi e nomine.

Con l'art. 4, all'art. 2 del R. D. 4 settembre 1925 è aggiunto il comma seguente: « I professori di ruolo, che intendono prender parte ad un concorso, non possono partecipare alle designazioni di cui ai commi precedenti riguardanti il concorso stesso. I professori o i cultori che fanno parte del Consiglio Superiore della Pubblica istruzione non possono essere designati a far parte della Commissione giudicatrice predetta ».

Con l'art. 5, i comma 1 e 3 dell'art. 4 del R. D. 4 settembre 1925 sono sostituiti rispettivamente dai seguenti: « Quando trattisi di provvedere a cattedre di Facoltà e scuole speciali, se non appartengono a quelle indicate nei comma 2 e 3 dell'art. 2 del R. D. 30 settembre 1923, il ministro su proposta della Giunta del Consiglio indica da quali Facoltà, scuole o istituti debbano esser fatte le designazioni di cui all'articolo precedente ».

Cumulo di uffici.

Il decreto dispone (art. 4) circa il cumulo dell'ufficio di professori di ruolo di Università o di Istituto Superiore con quello di ufficiale superiore del R. Esercito, della R. Marina e della R. Areonautica, e stabilisce (art. 8) che non può essere affidato più di un incarico di insegnamento retribuito a chiunque ricopra un ufficio, comunque retribuito, od altra carica nel territorio dello Stato o di altro pubblico ente.

Lingua ufficiale.

La lingua italiana è ufficiale degl'insegnamenti ed esami in tutti gli stabilimenti universitari (art. 9).

Divise delle autorità accademiche.

Le autorità accademiche ed i professori delle Università e degli Istituti Superiori sono autorizzati (art. 13) a far uso, nelle cerimonie ufficiali e nelle pubbliche funzioni, della divisa che sarà determinata per decreto reale, tenuto conto delle tradizioni delle Università e degli Istituti.

Nuove scuole e facoltà.

Per i 5 anni successivi alla data di pubblicazione del presente decreto non è consentita (art. 15) la istituzione di università o istituti superiori di qualsiasi tipo, di facoltà o scuole, di Istituti Superiori di Magistero, regi o pareggiati, salvo la approvazione delle proposte regolarmente pervenute al ministro entro il 31 gennaio 1926. Sarà inoltre consentita la istituzione di nuove Facoltà e scuole presso la R. Università di Bari e di una Facoltà di medicina nella libera Università di Ferrara.

Passaggio di studenti da una ad un'altra Facoltà.

Il R. D. stabilisce, all'art. 10, che gli studenti che fanno il passaggio, durante il corso di studi, da una ad altra Facoltà o scuola nella quale le tasse siano più elevate, debbano pagare la differenza delle tasse per gli anni di corso dai quali sono dispensati nella Facoltà o scuola a cui hanno fatto passaggio.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione degli Ordini dei Medici.

Il Consiglio federale, nella sua seduta del 17 gennaio, presa conoscenza dell'ordine del giorno del Direttorio della Confederazione delle Corporazioni fasciste in data 7 gennaio, che sostanzialmente invoca l'abolizione degli Ordini professionali;

ritenuto che la funzione di magistratura di classe, attribuita finora agli Ordini professionali, sia e debba essere completamente indipendente da quella dei Sindacati, e che entrambi possano procedere armonicamente nell'esplicazione delle loro differenti attività;

richiamate le disposizioni del Governo Nazionale, espresse nella Legge sui Sindacati, la quale mantiene in vita gli Ordini e i Collegi;

riconosciuto che l'abolizione degli Ordini suonerebbe diminuzione del carattere speciale delle professioni intellettuali nella vita del Paese, in quanto essi, con l'obbligo coattivo dell'iscrizione di tutti gli esercenti, rappresentano un organo totalitario di disciplina, di tutela e di dignità morale;

fa voti che il Governo Nazionale, il quale accoglie il consenso unanime della Famiglia medica italiana, mantenga e traduca in atto le direttive già emanate colle riforme che crederà opportuno, ed in conformità dei voti ripetutamente espressi;

e dà mandato al presidente federale di comunicare il presente ordine del giorno al Governo Nazionale ed alla presidenza di tutti gli Ordini d'Italia.

Per i medici condotti.

La Federazione generale dei Comuni, in un'assemblea tenuta a Bari, con l'intervento di Lorecchio Musti, segretario generale della Federazione

provinciale dei Sindacati, ha approvato per acclamazione il seguente o. d. g.:

« Considerato che la funzione del sanitario comunale non riveste il carattere d'impiegato unico che assorba l'intera attività giornaliera degli interessati, e come tale non può equipararsi a quella degli altri impiegati comunali;

considerato che detta funzione è un accessorio dell'attività dei medici e quindi non possono agli stessi attribuirsi i vantaggi di carriera, se non limitatamente e proporzionalmente a quella che essi rendono ai Comuni;

ritenuto che per tale speciale veste giuridica non può inquadrarsi in alcuna categoria d'impiego la loro attività e che diverse possono essere le circostanze di diritto e di fatto da Comune a Comune;

delibera di lasciare libera ogni Amministrazione comunale di regolare i rapporti tra Comune e Sanitari nel modo che essi credono più opportuno ».

Per i sanitari comunali.

La sezione milanese della Federazione degli Enti Autarchici ha risposto favorevolmente ai *desiderata* espressi dai medici condotti a mezzo dei loro Sindacati, richiedenti: 1) Che sia corretto l'articolo del Capitolato nel quale è stabilito che gli aumenti quadriennali decorrono dal principio del mese successivo all'acquisto del diritto alla stabilità, nel senso che detti aumenti abbiano a decorrere dal mese successivo alla regolare assunzione in servizio. 2) Che i Comuni, i quali abbiano alla dipendenza più di un medico condotto, non possano stabilire che i medici debbano supplirsi a vicenda durante il mese di congedo ordinario.

Il parere favorevole è stato così motivato: I medici prestano servizio dal giorno della loro assunzione ed è quindi logico che agli effetti della anzianità il periodo di prova debba considerarsi congiunto al periodo di ulteriore servizio, e tale congiunzione valga anche per la liquidazione dell'aumento periodico, che è uno degli effetti della anzianità.

Proroghe di termini per i medici di bordo della Venezia Giulia.

Con R. D. n. 2287, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 31 dicembre 1925, sono prorogati di un anno, a partire dal 4 luglio 1925, i termini indicati al 2° e al 3° comma dell'art. 3 del R. D. 11 gennaio 1923 n. 167. Inoltre alle sessioni di esami di idoneità, previste nel 3° comma dell'anzidetto decreto, che potranno essere bandite prima della scadenza del 4 luglio 1926, i sanitari della Venezia Giulia, autorizzati provvisoriamente a continuare nell'esercizio delle funzioni di medico di bordo, potranno partecipare, indipendentemente dal limite di età di 35 anni, fissato dall'art. 1 dello stesso decreto 11 gennaio 1923.

Per l'esercizio professionale a Milano.

Per disciplinare l'esercizio della professione medica a Milano è stato disposto che coloro i quali intendono esercitare la loro professione in quel Comune debbono far registrare il loro diploma all'Ufficio d'Igiene, non più tardi di un mese dal giorno in cui hanno preso residenza nel Comune. Sarà inoltre concessa l'esposizione di targa e di iscrizione solo a coloro che risultino regolarmente iscritti all'Ufficio d'Igiene e all'Ordine locale; su tali targhe dovranno esservi scritti il titolo, il cognome e il nome del sanitario, cui eventualmente potranno aggiungersi l'orario di visita e i titoli di specializzazione. Questi ultimi titoli dovranno anche essere presentati alla sezione di legislazione sanitaria dell'Ufficio d'Igiene.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Municipio.* — Capo del Laboratorio batteriologico; vedi fasc. 7. Scad. 10 marzo.

ANCONA. — Vice direttore dell'Uff. comun. di Igiene e due condotte per frazioni; alle ore 18 del 31 mar.; età lim. 35 a. Chiedere annunzio. Pel 1° posto L. 11,000 e bienni di L. 300 fino a lire 14,000, oltre assegno di L. 1000 serv. disinfezioni e isolam. e L. 3600 coadiut. Istituto antirab. Per gli altri due posti L. 10,000, bienni di L. 300 fino a L. 13,000 oltre L. 3000 cavalc. Serv. entro 15 gg.

BARBONA (*Padova*). — Al 31 mar.; vedi fasc. 7.

BENGASI. *Municipio.* — Ufficiale sanitario. Scad. 20 apr. Vedi fasc. 8.

BRESCIA. — Cond. per Volta Folzano, a tutto il 20 mar. Età lim. 35 a. L. 9000 e 5 quadrienni di L. 1000; addiz. L. 3 oltre 1000 pov.; ambul. L. 800; trasf. L. 1500; serv. att. L. 2300; c.-v. L. 1200 se coniugato, L. 780 se celibe. Serv. entro 15 gg.

CARONNO GHINUGHELLO (*Como*). — Consor.; iniziali L. 9000; uff. san. L. 1300; trasp. L. 700; ambulatorio L. 500. Scad. 10 marzo.

CASALE MONFERRATO. *Ospedale Civile di Santo Spirito.* — Primario di radiologia e terapia fis.; tit. ed eventualm. esami; L. 10,000 e quinq. dec.; 50 % introiti abbienti; assicur. Inibito esercizio della specialità fuori dell'Osped. Scad. 31 marzo. Docum. all'Ammin. (via Giovanni Lanza 32). Età lim. 40 (45 se per 5 anni in cliniche univers. od osped.). Tassa L. 50.15. Chiedere annunzio.

CAVRIGLIA (*Arezzo*). — Scad. 12 mar.; capol.; L. 9000 e 1 c.-v.; 4 quadr. dec.; L. 3000 cavalc. In corso assegno mobile. Tassa L. 50.10.

CESENA. *Congreg. di Carità.* — Aiuto medico e aiuto chir. nell'Ospedale M. Bufalini; al 15 mar., ore 17; L. 7500 e compartecipaz. onorari; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10; serv. entro 15 gg. Rivolgersi alla segreteria.

MONDRAGONE (*Caserta*). — Scad. 30 mar.; 2a cond.; L. 7000 e 5 quadr. dec.; età lim. 40 a. Tassa L. 50.

MOTTEGGIANA (*Mantova*). — Scad. 15 marzo; L. 9000 oltre c.-v. e mezzo trasp.; L. 600 uff. san.; L. 800 affitto ambul. Tassa L. 50.

PARODI LIGURE (*Alessandria*). — Scad. 15 mar.; per 3 fraz.; L. 7000 e 4 quinq. dec.

PIANDIMELETO (*Udine*). — Consor. 3 com.; L. 7000 e 10 bienni ventes.; cavalc. L. 3000. Scad. 31 mar.

POSTIGLIONE (*Salerno*). — Scad. 10 apr.; L. 7000 pel 20 % popolaz.; addizion. L. 5; quattro quadr. dec.; L. 500 serv. detenuti; L. 500 uff. san.

VITULAZIO (*Caserta*). — Cond. med.-chir. ostetrica; L. 7000 e c.-v.; età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Docum. soliti. Chiedere Bando Comune. Scad. a 30 gg. dall'8 marzo.

Diffide e boicottaggi.

Revoca di diffide: tutti i concorsi della provincia di Novara che da tempo erano diffidati; Gallignano (Crema) per Soncino.

Il concorso di Costacciaro (Perugia) è boicottato a favore del dott. Attilio Belardinelli.

CONCORSI A PREMIO.

Fondazione Perrando.

È bandito il concorso per il 1926. Possono partecipare laureati in medicina e chirurgia o in giurisprudenza nell'ultimo quadriennio presso le Università di Genova, Pisa, Catania e Sassari. Il premio verrà conferito per il miglior lavoro nel campo delle discipline medico-legali con speciale riguardo alla legislazione e medicina sociale. Domande al rettore dell'Università di Genova entro il 15 novembre. Lavoro in quattro esemplari, scritti a mano o a macchina. Al vincitore sarà assegnata la somma di L. 1500, indivisibile. Per le altre condizioni chiedere l'annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE

La Facoltà Medica della R. Università di Firenze ha chiamato il prof. Iader Cappelli, direttore della R. Clinica dermosifilopatica di Torino, a succedere al posto lasciato vacante dal compianto prof. Celso Pellizzari ed ha affidato temporaneamente gl'incarichi della direzione della Clinica e dell'Istituto Fototerapico al prof. Agostino Mibelli e al dott. Luigi Mazzoni, già aiuti del Pellizzari.

La Facoltà di Medicina della R. Università di Bari con voto unanime ha conferito l'incarico di radiologia e terapia fisica al prof. Pietro Del Buono.

Sono nominati presidi di Facoltà mediche per il biennio 1925-26 e 1926-27: il prof. Riccardo Dalla Vedova a Roma; il prof. Innocente Clivio a Genova.

Con R. D. 31 dicembre u. s. S. M. il Re, su proposta del Ministro dell'Istruzione Pubblica ha assegnato la medaglia d'argento dei benemeriti dell'istruzione alla dott. Maria Diez Gasca di Roma, specialmente per l'opera da lei prestata nell'organizzazione delle scuole all'aperto e come ispettrice onoraria delle opere sussidiarie della scuola.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: dott. Lelio Benedettelli, Roma. Vive congratulazioni.

Cavaliere: dott. Italo Barcaroli, aiuto chirurgo nell'Ospedale Civile Umberto I di Ancona.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola infermiere professioniste della Croce Rossa in Roma.

Con una cerimonia solenne e gentile è stata inaugurata la nuova sede della Scuola per infermiere professioniste della Croce Rossa Italiana in Roma, a piazza Sassari. Questa scuola, che già funziona dal marzo 1924, e che ebbe finora una sede modesta in via Catania, oggi ha trovato una sede degna per accogliere tutte le signorine di civile condizione disposte a compiere l'ardua missione della infermiera, così poco conosciuta ed apprezzata finora in Italia, assurta oggi all'onore della consacrazione ufficiale dopo che il Governo nazionale ha stabilito che venga conferito all'infermiera professionista il diploma di Stato. Alla Croce Rossa Italiana spetta il merito di aver dato vigoroso impulso all'assistenza infermiera creando in varie città d'Italia queste scuole di professioniste, oltre a corsi di assistenti sanitarie e di infermiere volontarie ovunque impiegate dal Governo e dalla popolazione, con brillanti risultati.

Per visitare e celebrare questa degna sede, posta in una villa ridente, munita di tutto il conforto moderno, sobriamente arredata, secondo i dettami dell'igiene, era convenuta una folla di autorità e di invitati. Il direttore generale della C. R. I. prof. Baduel riassunse il cammino percorso dall'infermiera in Italia e il còmpito svolto dalla Croce Rossa Italiana in questo campo. Portò alle infermiere il saluto del presidente della Croce Rossa, marchese Centurione Scotto, assente per ragioni di salute. Il vescovo castrense, S. E. mons. Panizzardi, pronunciò nobili espressioni sul significato religioso dell'assistenza femminile ai sofferenti e dette la benedizione. Poi il ministro della P. I., on. Fedele, consegnò il diploma a 11 infermiere che dopo studi ed esercitazioni pratiche venivano abilitate alla loro professione.

Aveva mandato la sua fervida adesione l'on. Federzoni.

L'assistenza sanitaria agli infortunati e l'ospedale « Benito Mussolini » di Bologna.

La Cassa Nazionale Infortuni, perseguendo l'alta finalità sociale di provvedere alla reintegrazione fisica e alla rieducazione professionale dei lavoratori colpiti da infortunio, ha da tempo istituito ospedali specializzati nei più importanti centri d'Italia. Il direttore generale dell'Istituto gr. uff. Foscolo Bargoni, sostenitore strenuo del principio dell'assistenza sanitaria all'infortunato, siccome elemento essenziale di conservazione delle forze produttive della nazione, diede ogni cura — tanto più avendo compiuto speciali studi in materia — acchè il maggiore Ospedale istituito in Bologna rispondesse ai più moderni e perfezionati ammaestramenti della tecnica e risultasse degno di essere preso a modello nel nostro Paese ed all'estero. Onde il Consiglio Superiore pensò che non sarebbe stato omaggio inadeguato verso l'alta persona del Capo del Governo d'intitolare a lui l'Ospedale di Bolo-

gna, e S. E. l'on. Mussolini consentì a dare il proprio nome all'Ospedale « quale simbolo dell'amorosa cura e vigile tutela che il fascismo mette nell'assistenza e nel benessere delle classi lavoratrici, base dell'efficienza economica della Nazione ».

Corso di perfezionamento

in igiene per aspiranti alla carriera sanitaria si terrà nella R. Università e nell'Istituto Sieroterapico di Milano, a partire dal 15 aprile, per la durata di un bimestre. Domande fino al 14 aprile alla Segreteria (viale S. Michele del Carso 25). Contribuzioni di L. 380 da versare alla Cassa dell'Università.

Nella stampa sanitaria.

Il « Giornale di Batteriologia e Immunologia », pubblicazione dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino, ospiterà lavori originali italiani e stranieri e recensioni di quanto più notevole si pubblica nel campo della batteriologia e della immunologia, con particolare riguardo alla produzione italiana. È diretto con intelletto d'amore dal prof. A. Azzi, della R. Università di Torino. Il primo fascicolo contiene lavori originali di E. Centanni e M. Trincas, A. Azzi, A. Muggia, C. Verdina, una rivista sintetica di A. Azzi, varie recensioni, un notiziario. Auguri.

È stato festeggiato il 1° centenario del « Journal de Médecine de Bordeaux », con l'intervento di numerosi rappresentanti della stampa medica francese e di moltissimi professori delle varie Università della Francia. Gli illustri ospiti dopo aver visitato le istituzioni scientifiche e le bellezze storiche e panoramiche di Bordeaux si riunirono, la sera, a banchetto. Quivi pronunziarono belle parole commemorative e di augurio il dott. Vergely, segretario della redazione del giornale, il prof. Arnozan, di cui si festeggiava contemporaneamente il 25° anno di incaricato come redattore capo, il dott. Ginestous, in rappresentanza del sindaco di Bordeaux, il prof. Verger, delegato dal decano della facoltà universitaria, il dott. Rousseau-Saint-Philippe, presidente dell'Associazione dei medici della Gironda, il dott. Danjou, delegato dell'Associazione dei giornalisti francesi, il dott. Pierra, delegato dell'Associazione della Stampa medica francese, il dott. Leprince.

Il « Bulletin of Hygiene » sarà diretto dal dott. J. F. C. Haslan, assistito da 35 redattori. Ordinativi: Tropical Diseases Bureau, Endsleigh Gardens 23, London W. D. 1.

Per la Farmacopea Ufficiale.

Con decreto 10 febbraio del Ministro dell'Interno, è stata conferita la nomina di presidente della Commissione per la revisione della farmacopea ufficiale, in sostituzione del compianto prof. Peratoner, al prof. Nicola Parravano, direttore dell'Istituto Chimico dell'Università di Roma, già vice-presidente della Commissione stessa.

Elargizioni e lasciti.

La Cassa di Risparmio delle Province Lombarde ha elargito 600,000 lire a ricordo di Margherita di Savoia, da ripartirsi nelle otto province della Lombardia ad istituzioni che si occupino di assistenza a bambini poveri e gracili.

All'Ospedale Maggiore di Milano sono state lasciate od elargite 50,000 lire per ciascuno dai signori Francesco Niccolini, Sante Redaelli e Alfredo Manzi.

Il sig. B. N. Banzi di Finale (Modena), ad onorare la memoria del padre ing. Edoardo, ha elargito 50,000 lire a quell'Ospedale Civico.

Fondazione Bergonié.

Per onorare la memoria del prof. Bergonié, vittima dei raggi X, amici e discepoli hanno deciso di istituire una fondazione intitolata al suo nome, la quale avrà per scopo la creazione d'un istituto per ricerche scientifiche di elettricità e sulle radiazioni, e, se sarà possibile, il funzionamento di una Cassa destinata ad incoraggiare i cultori delle dette specialità, nonchè la costituzione d'un fondo di soccorso per i radiologi vittime dei raggi X e del radium. Le più spiccate personalità politiche e scientifiche francesi hanno già aderito a questa fondazione e il comitato d'organizzazione di essa fa vivo appello a tutti gli amici della Scienza, perchè vogliano portare il loro contributo. Le sottoscrizioni vanno indirizzate al tesoriere, dott. H. de Rothschild, 6, rue St. Philippe du Roule, Parigi.

L'incidente dei due medici italiani a Vienna.

La « Neue Freie Presse » pubblica: « Gli oftalmologi italiani che, in seguito all'atteggiamento del personale della Clinica Meller, sospesero i loro studi, sono rimasti a Vienna. Essi continueranno gli studi stessi nella Clinica del prof. Dimmer ed hanno già ricevuto il consenso del Ministro italiano. Nei circoli dei professori si constata che si tratta di un caso singolo e che non esiste un atteggiamento ostile ai medici italiani nelle Cliniche viennesi.

Congresso argentino di Chirurgia.

Il 1° Congresso nazionale di chirurgia si terrà a Buenos Aires in agosto; la presidenza della Commissione organizzatrice è retta dal dott. Daniel J. Cranwell e integrata dai dottori L. M. Allende, Eduardo Melánstegni, Alejandro Ceballos e M. Ruiz Moreno.

Un insegnamento clinico in Australia.

« La Clinica Ostetrica » dà notizia di una cattedra omonima istituita a Sidney; è la seconda dell'Australia. Vi è annesso uno stipendio, che in Italia può sembrare fantastico, corrispondente a 300,000 delle nostre lire. In compenso viene fatto divieto dell'esercizio professionale privato e sono stabiliti vari obblighi, oltre all'insegnamento uni-

versitario, e cioè: provvedere alla ricerca scientifica originale; indagare le cause della morbosità e della mortalità materna e i mezzi profilattici e curativi da opporvi; sorvegliare l'assistenza ostetrica privata nello Stato di Vittoria e le condizioni della pratica ostetrica negli ospedali e nei distretti rurali; organizzare l'insegnamento post-universitario; ecc. È fissato un biennio di prova.

Un istituto di Biofisica in Russia.

È stato inaugurato il primo Istituto nella Repubblica sovietista per lo studio della biofisica del cervello e per lo studio delle onde elettro-magnetiche emanate dall'uomo.

Il prof. Bechterev, che è il direttore dell'Istituto, ha dichiarato che si ripromette di compiere nuove indagini scientifiche sulla trasmissione del pensiero. I suoi esperimenti su animali e su uomini hanno dimostrato che il cervello e il sistema nervoso degli uomini e degli animali emanano onde elettro-magnetiche.

L'Istituto è diviso in tre sezioni: fisica, fisico-chimica e fisiologia. Studierà anche i fluidi bioelettrici e le onde emanate dai tessuti nervosi dell'organismo umano.

Per l'esercizio dell'odontoiatria in Francia.

La « Société de Stomatologie » di Parigi, a richiesta del dott. Paul Baudin, ha espresso il *desideratum* che l'esercizio dell'odontoiatria sia posto in dipendenza della laurea in medicina, di modo che i dentisti possano provvedere a tutte le cure necessarie ai loro pazienti, comprese la vaccinoterapia e la somministrazione di sostanze tossiche, ora riservate ai soli diplomati in medicina.

Gli studenti in medicina degli Stati Uniti.

Nel 1925 si sono iscritti alle scuole di medicina degli S. U. d'A. 18,200 studenti: 472 più dell'anno precedente, la più alta cifra avutasi dal 1912.

V'erano incluse 910 studentesse, delle quali conseguirono la laurea 204.

Le scuole mediche, che erano 162 nel 1906, sono ora ridotte a 79.

In media negli S. U. d'A. vi è un medico ogni 753 abitanti; nel North Dakota si scende a un medico ogni 1386 abitanti. Nell'Europa centrale, com'è noto, si hanno molte zone dove si ha un medico ogni 2500-3000 abitanti.

La dott.ª MARIANNINA LEVI di Torino è stata travolta ed uccisa da una valanga durante una partita di sciaggio nell'alta valle di Susa.

Era assistente di fisiologia nell'Ateneo torinese e si era consacrata con passione e con fede alla ricerca scientifica. Contava al suo attivo pregevoli studi, tra cui uno, recente, sull'eccitabilità della retina, l'aveva messa in una eminente posizione. Per più anni aveva frequentato l'Istituto Mosso al colle d'Olen.

La sua fine ha destato profondo dolore.

A. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Giorn. di Clin. Med., 10 ag. — C. BARINETTI. Calorimetria nell'obesità. — G. B. ARGENTINA. Disfunzione respiratoria nei tubercolotici. — L. ARMANI. Elettroterapia ed elioterapia della paralisi facciale.

Presse Méd., 5 ag. — E. JEANSELME e al. Il treponema nel liquido c.-r. dei sifilitici.

Journ. de Méd. de Paris, 8 ag. — M. DELORT e P.-E. PERIGORD. I raggi ultra-viol.

Deut. Med. Woch., 14 ag. — E. COHN. Urologia e disturbi delle secrez. interne. — ARNETH. Il midollo osseo quale organo. — E. LESHKE. La purpura da trombopenia.

Münch. Med. Woch., 14 ag. — W. FREY. L'arteriosclerosi e sua cura. — KREBS. Le artriti croniche e loro roentgenterapia. — W. KRANTZ. Il metodo Fontana per la ricerca della Sp. pallida.

Riforma Med., 27 lug. — A. DE MARTINI. Detensione bronchiale bilaterale simultanea nelle affezioni croniche non deformanti dei bronchi.

Journal A. M. A., 1 ag. — A. E. BULSON. Prolasso dell'iride. — L. W. SAUER. Pielite neonatale. — C. G. GRULEE. Emorragie intracraniche del neonato.

Surg., Gyn. a. Obst., ag. — A. TERENNE. Edema e ipertrofia della cervice uterina durante il puerperio. — M. F. POSTER. Enterocolite e diverticoli. — E. CARY. Eziologia della tossiemia pre-eclamptica.

Ann. de Méd., lug. — L. BARD. Elettività cellulare dei virus. — M. LABBÉ e P.-L. VIOLLE. Gli edemi.

Rev. de Chir., lug. — P. DELBET e A. LERI. La incontinenza detta « essenziale » d'urina e sua cura chirurg. — E. STULZ e P. STRICKER. Ipotensione acuta del liquido c.-r. d'origine traumatica.

Riv. Oto-Neuro-Oftalmologica, mag.-giu. — F. MEZZATESTA. Lesioni endocraniche del n. ottico per ateromasia della carotide e dell'oftalmica. — G. FERRERI. Radiumterapia endosfenoidale.

Arch. Mal. App. Digestif, ecc., giu. — J.-A. COLLAZO. Insulina e metabolismo intermedio degli idrati di carbonio. — C. CORNIOLEY e R. HOFFMANN. L'actinomicosi intestinale.

Arch. Ital. di Urologia, VI. — M. NEGRO. Incidente raro nel cateterismo ureterale. — G. NICOLICH (*j.*). Chirurgia delle nefriti.

Morgagni, 16 ag. — P. CORSONELLO. Associazioni batteriche nella tbc. polm.

Zeitschr. f. Tuberk., lug. — Resoconto del Comitato Centrale Tedesco per la lotta contro la tbc.

Rass. Intern. di Cl. e Ter., giu. — V. M. PALMIERI. Sulla coloraz. della Sp. pallida.

Rev. ibero-amer. de Ciencias Méd., lug. — PLANAS. Chirurgia del seno mascell.

Gaz. d. Hôp., 11 e 13 ag. — A. CRÉTIN. La calcificaz. terapeutica.

Journ. d. Prat., 9 ag. — JEANNIN. Le obliterazioni del collo in ostetr.

Rev. Españ. de Med. y Cir., ag. — D. FONT. Le distocie da ipertonia uterina. — J. S. TORRA. La crenoterapia in ginecol.

Pediatria, 15 ag. — A. BORRINO. Esame psichico del bambino malato. — A. F. CANELLI. Diarrea coleriforme della prima infanzia.

Giorn. d. Med. Prat., ag. — P. OTTONELLO. Peritoniti mediastiniche.

Mediz. Klinik, 14 ag. — WILHELM. Sulla leucemia. — D. WERNER. Agranulocitosi.

Amer. Journ. Med. Sc., ag. — T. G. MILLER. Sull'efedrina. — H. H. RIECKER. La terapia chinidinica. — M. H. NATHANSON. Malattie delle coronarie. — B. B. CROHN e H. ROSENBERG. La colite ulcerativa non specifica.

Lancet, 15 ag. — W. I. DE COURCY WHEELER. Trattam. conservativo delle fratture della pelvi e degli arti infer. — A. EIDINOW. Dosaggio dei raggi ultra-viol.

Studium, 20 ag. — A. CARDARELLI. Pleuro-peritonite tbc. — N. MEGHA. Rapporto tra azoto incoagulabile ed ammoniaca nel sangue dei nefropatici. — A. DE BLASI. Contagiosità del cancro.

Pathologica, 1 ag. — E. BALBI. Cancro da catrame. — G. VERCELLANA. Tecnica dell'anaerobiosi.

Pensiero Med., 31 lug. — A. MONTANARI. Varicella ed herpes zoster coesistenti.

Medic. Ibera, 15 ag. — G. MARANON. Pressione arteriosa e metabolismo idrocarbonato.

Prensa Méd. Arg., 30 giu. — C. BONORINO UDAONDO e L. V. SANGUINETTI. Le insufficienze piloriche e loro valore diagnostico. — M. R. CASTEX e A. F. CAMAUËR. Clinica del simpatico. — 10 lug. U. MANTEGAZZA. Cura della sifilide. — A. GUTIÉRREZ. L'anest. loc. e la chirurgia d. vie biliari.

Rev. Méd. de Barcelona, lug. — R. CARRASCO FORMIGUERRA. L'insulina per via gastr. — A. P. PONS. Il morbo di Banti e le sindromi spleno-epatiche. — W. KOPACZEWSKI. I pericoli della trasfus.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 16 ag. — V. MARAGLIANO. Radioterapia del cancro. — G. GALLI. Il cuore nella polmon. e la cura digitalica.

Presse Méd., 12 ag. — T. TUFFIER e D. BOUR. Innesti ovarici.

Medicina (Kaunas), 6-7. — V. KUTORGA. Terapia del lavoro dei malati mentali. — D. JASAITIS. Il fenom. d'Herelle.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 ag. — A. VISWALINGAM. Granuloma venereo.

Deut. Med. Woch., 21 ag. — C. H. SATTLER. Secrez. interne e occhio. — H. KONIGFELD. Autoemo- o auto-siero-terapia? — WEICKSAL. Trattam. della tbc. polm. col proprio siero.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

☛ È pubblicato il **MANUALE DI MEDICINA TROPICALE E IGIENE MARINARA** del dott. ROMOLO RIBOLLA, con lettera di **AUGUSTO MURRI.**

Il testo del volume è svolto secondo i **nuovi programmi per gli esami di abilitazione a medico di marina mercantile.**

Eccone qui di seguito l'INDICE GENERALE:

PARTE I.

IGIENE NAVALE E COLONIALE.

INTRODUZIONE.

§ 1. Il medico di marina mercantile. — § 2. Proprietà statiche del mare e dell'atmosfera marina. - Movimento del mare e dell'aria in rapporto alla nave. — § 3. Criteri classificatori dei climi e delle zone climatiche, caratteri meteorologici. — § 4. Principali tipi di navi mercantili; conformazione, struttura e distribuzione interna. — § 5. Materiali di costruzione, di rivestimento e di protezione. Approvvigionamento e carico in rapporto alla salubrità della nave. — § 6. Alloggi e annesse infermerie. — § 7. Sistemazione, ripartizione e manutenzione degli ambienti e delle fognature di bordo (sentine). - Collettore d'incendio. — § 8. Illuminazione, igrometria, termometria degli ambienti sulla nave. — § 9. Fonti d'inquinamento dell'aria confinata nella nave; sistemi e assetto della ventilazione nei vari ambienti. — § 10. Occupazioni, servizi orari a bordo. - Igiene e pulizia della nave. — § 11. Generalità sull'alimentazione; condizioni intrinseche dell'organismo e estrinseche, regolanti la razione alimentare. — § 12. Provvista e conservazione degli alimenti di origine animale e vegetale; preparazione delle vivande; distribuzione e orario dei pasti; cucine. — § 13. Provvista, conservazione, depurazione e distribuzione dell'acqua a bordo.

PARTE II.

MODI DI ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO DELLE PIU' IMPORTANTI MALATTIE DA INFEZIONE E MACROPARASSITARIE — BROMATOLOGIA E UROLOGIA.

§ 1. Descrizione e uso del microscopio. — § 2. Allestimento e esame di preparati microscopici per la diagnosi: 1°) del colera asiatico; 2°) della peste; 3°) della difterite; 4°) della polmonite crupale; 5°) della febbre di Malta; 6°) del carbonchio ematico; 7°) della tubercolosi; 8°) della lebbra; 9°) della malaria; 10°) della dissenteria amebica; 11°) della leishmaniosi; 12°) delle spirillosi; 13°) della gonorrèa; 14°) della meningite cerebro-spinale epidemica. —§ 3. Riconoscimento macro e microscopico dei più comuni parassiti animali e delle loro uova: 1°) Ankilostoma duodenale; 2°) Bilharzia; 3°) Filaria; 4°) Tenia. — § 4. Prelevamento e conservazione di materiale per le indagini microscopiche e microbiologiche: *a*) sangue; *b*) vomito; *c*) fecce; *d*) urine; *e*) secreto nasale; *f*) sputo; *g*) pus; *h*) tessuti. — § 5. Siero-diagnosi del tifo (macro e micro). - Prova di assorbimento delle agglutinine (Castellani). — § 6. Descrizione e prova pratica di funzionamento di apparecchi di disinfezione a vapore di tipi diversi (a vapore fluente e a vapore sotto pressione). - Modo di far funzionare la stufa a disinfezione a vapore diretto sotto pressione. — § 7. Bromatologia e urologia: *a*) esame dell'acqua; *b*) esame del vino; *c*) esame della birra; *d*) esame dell'olio d'oliva; *e*) esame della rancidità dell'olio; *f*) esame dei cereali e farine; *g*) esame delle paste alimentari; *h*) esame del pane; *i*) esame del latte; *l*) esame del burro; *m*) esame delle conserve alimentari; *n*) esame degli utensili da cucina; *o*) esame delle carni. - Esame fisico-chimico e microscopico delle urine. - Esame del sedimento. - Tecnica delle vaccinazioni e siero-iniezioni. - Vaccini profilattici. - Vaccini curativi. - Sieroterapia. - Sieri profilattici e curativi. - Insulina nei climi tropicali.

PARTE III

ETIOLOGIA, PATOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E MACROPARASSITARIE SPECIALMENTE ESOTICHE.

§ 1. Nozioni generali sui microrganismi patogeni; porte di entrata nell'organismo e modo di azione; provenienza, modi di diffusione e vitalità degli agenti infettivi negli ambienti navali. — § 2. Predisposizione individuale e immunità. — § 3. Condizioni speciali di luogo e di tempo in rapporto alla nave e alla navigazione per la predisposizione individuale e collettiva. — § 4. Profilassi generale dei morbi da infezione in rapporto alla diffusione a bordo e all'importazione e propagazione per mezzo della nave. — § 5. Generalità sulla disinfezione: disinfettanti fisici e chimici. § 6. Istruzioni per l'attuazione della disinfezione dei locali mediante l'acido cianidrico allo stato gassoso. — § 7. Esecuzione pratica della disinfezione sulle navi e nei relativi stabilimenti di sanità marittima. - Distruzione dei topi e degli insetti a bordo. - Apparecchio di Clayton e altri metodi. - Spidocchiamenti. — § 8. Etilodia, sintomatologia, cura, profilassi delle seguenti malattie: 1°) Colera asiatico; 2°) Peste; 3°) Febbre maltese o mediterranea; 4°) Dissenterie: *a*) Amebiasi intestinale; *b*) Amebiasi epatica; *c*) Dissenterie batteriche; 5°) Tifo addominale; 6° Tifo bilioso; 8°) Lebbra; 9° Tubercolosi; 10°) Febbre gialla; 11°) Beri-beri; 12°) Dengue; 13° Morbillo; 14°) Rosolìa; 15°) Scarlattina; 16°) Vajuolo; 17°) Tifo esantematico; 18°) Febbre biliosa emoglobinurica; 19°) Diarrea dei paesi caldi; 20°) Tracoma; 21°) Congiuntiviti; 22°) Malaria; 23°) Kala-azar indiano; 24°) Anemia da Leishmania; Bottone d'Oriente (*nel testo manca del numero progressivo*); 25° Tripanosomiasi umane: *a*) malattia di Castellani; *b*) malattia di Chagas; 26°) Febbri ricorrenti: *a*) ricorrente europea; *b*) ricorrenti asiatiche; *c*) ricorrente tropicale africana; *d*) ricorrente americana; 27° Framboesia; 28°) Bubas; 29°) Elmintiasi: *a*) parangonimiasi; *b*) opistorchiosi; *c*) ankilostomiasi; *d*) dracuncolosi; *e*) sierodiagnosi nelle malattie da vermi; 35°) Schistosomiasi umana (Bilharziasi); 36°) Carbonchio; 37°) Filariosi; 38°) Verruca peruviana; 39°) Scorbuto; 40°) Pellagra; 41°) Tigna imbricata; 42°) Insolazione e colpo di calore; 43°) Meningite cerebrospinale epidemica; 44°) Alastrìm; 45°) Nodosità juxta-articolari; 46°) Spirochetosi bronchiale; 47°) Febbre da pappataci; 48°) Funiculite epidemica; 49°) Tsutsugamushi; 50°) Mal di mare; 51°) Lâtach; 52°) L'ofidismo nei tropici. — Conclusione.

PARTE IV.

LEGISLAZIONE SANITARIA.

§ 1. Ordinamento sanitario del Regno. — § 2. Regolamento 29 settembre 1895, n. 636, sulla Sanità Marittima. — § 3. Articoli coordinati del regolamento 20 maggio 1897, n. 178, e Regio decreto 19 ottobre, n. 454, sulle condizioni speciali richieste per le navi addette al trasporto dei passeggeri. — § 4. Regio decreto che stabilisce la dotazione di linfa vaccinica per i piroscafi passeggeri (14 dicembre 1899, n. 456). — § 5. Regio decreto 7 luglio 1910, n. 573, sui medici di bordo. — § 6. Disposizioni sanitarie contenute nel Codice di Marina Mercantile. — § 7. Legge 31 luglio 1859, n. 3544, che stabilisce le pene per le infrazioni alle cautele di Sanità Marittima. — § 8. Ordinanza di Sanità Marittima n. 10 e decreto 30 agosto 1911. — § 9. Conferenze internazionali. — § 10. Regio decreto 22 novembre 1925, n. 2288, che porta modificazioni al regolamento di Sanità Marittima.

Un volume in-8 di pagg. XII-454, con 39 figure nel testo. Prezzo L. **50** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **45,60** in porto franco.

Per riceverlo subito inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XXXIII Roma, 15 Marzo 1926 Fasc. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI ROMA.
Direttore: prof. VITTORIO ASCOLI.

Osservazioni cliniche e ricerche ematologiche in una famiglia di emofilici. (1)

Dott. REMO MONTELEONE, assistente.

Le famiglie emofiliche, le famiglie cioè con ereditarietà atta a procreare individui con tendenza alle emorragie infrenabili, rappresentano, per l'Italia, una rarità: questa curiosa diatesi è piuttosto frequente nel Nord-Europa (Germania-Svizzera-Inghilterra, ecc.). Questo può desumersi scorrendo la letteratura medica: di certo la malattia non è però a ritenersi anche in Italia così rara, in quanto anche nel nostro paese regioni con temperature basse quanto nei paesi citati (l'emofilia sembra essere in rapporto diretto, per quanto riguarda la sua diffusione, con le basse temperature) esistono, come pure numerosi sono i casi di diatesi emorragica — nel senso lato della parola — osservati. Non v'ha dubbio che in molti p. presentanti emorragie più o meno insistenti, indagando con accuratezza maggiore di quella concessa al medico pratico, nella catamnesi, sottoponendoli di poi a quelle ricerche ematologiche rivelanti, nei loro fini risultati l'esistenza di una crasi sanguigna alterata nel coefficiente « coagulabilità », non v'ha dubbio dicevo, che con l'esatta valutazione dei fatti patologici presentati e dal malato e dai suoi ascendenti, in presenza di epistassi a ripetizione, di emottisi ribelli, di metrorragie copiose, ecc., il numero delle famiglie di emofilici anche in Italia risulterebbe maggiore. A comprovare ciò ricordo che mentre per la provincia di Roma il ceppo che sto per illustrare, è, credo, il primo segnalato dalla letteratura, due casi di tipica emofilia in due distinte famiglie, vennero nel breve volgere di pochi anni, studiati nella provincia di Pavia dal prof. Ascoli.

Un ragazzo di 12 anni, nativo e domiciliato in Roma, tal De P. Antonio, viene ricoverato in Clinica il 19 maggio 1925, in quanto che l'11 maggio, cadendo da un carretto, aveva riportato una lieve ferita sulla mucosa gengivale corrispondente agli incisivi superiori, dalla quale lesione, benchè minima, aveva cominciato e continuato a sgorgare sempre più abbondante, e per tutta la settimana, sangue.

Non era comparso altro sintoma patologico: non febbre, non petecchie, non dolori articolari. La gengivoragia aveva finito per impressionare i parenti in modo da inviare sen'altra attesa il p. in Clinica.

Non riuscendo ad avere completi dati sul passato morboso dal p. stesso, in diverse riprese in-

(1) Il caso clinico fu oggetto della lezione clinica di chiusura dell'anno scolastico 1924-25, tenuta dal prof. Ascoli.

terrogata la madre, gli zii, le sorelle, la nonna, si costruisce la seguente anamnesi remota, ricca di dati importanti ed una interessante anamnesi ereditaria.

Anamnesi remota e prossima:

La madre racconta che la gravidanza ed il parto si svolsero normalmente. Dentizione, deambulazione, loquela del nostro p. non mostrarono alcuna deviazione dal fisiologico: non ebbe a soffrire di alcuno degli esantemi propri dell'infanzia.

Verso gli 8 anni, in località Cessati Spiriti, a pochi Km. da Roma, contrasse febbri ricorrenti, a tipo terzanario, precedute da brivido, di breve durata, seguite da sudore nella defervescenza: rientrato quasi subito in Roma, le febbri cessarono nè più si ripresentarono. Ma, già nei primi mesi di età, i familiari avevano notato che non appena il p. soggiaceva ad un lieve trauma, andava incontro a formazione locale di macchie bluastre, più o meno estese, più o meno durature. Negli anni successivi, mentre persisteva tale fatto, era stato anche notato che ogni più lieve scalfittura, o più notevole soluzione di continuo dei tessuti, dava luogo ad emorragie spesso imponenti. D'altra parte resta assodato che il p. non ha mai avuto febbre, mai alterazioni delle urine, ha goduto sempre ottima vista.

Nello scorso 1924 cadde da un veicolo: accusò vivissimo dolore alla regione coxo femorale destra, dolore vivo al punto da costringere il p. in letto. La parte lesa andò tumefacendosi nel mentre la cute diveniva intensamente bluastra. A quattro giorni di distanza dal trauma si verificò l'emissione di sangue dalla bocca, accompagnata da scarsi colpi di tosse. L'emissione durò cinque giorni: il p. rimase apirettico.

Dopo un mese, apparentemente rimesso, tornò alle abitudini normali, ma notava di tanto in tanto una certa tumefazione del ginocchio destro, in specie dopo prolungata deambulazione, tumefazione che raggiungeva cospicue dimensioni allorchè il p. non ricorreva subito al riposo.

Anamnesi ereditaria.

Il padre del p., mai sofferente di alcun disturbo, è morto a 48 anni per neoplasma gastrico. La madre, la quale attualmente conta 52 anni, donna robusta, ha goduto e gode ottima salute: dei genitori di lei, il padre, forte bevitore, pare sia morto in avanzata età per malattia imprecisabile; la madre, settantacinquenne, è vivente e sana: essa ha contratto un primo matrimonio con uomo morto poi per affezione imprecisabile. Da questo primo matrimonio nacquero tre figli dei quali uno morì a 12 anni per infrenabile epistassi, un secondo ad 8 anni per violenta emorragia gengivale sopravvenuta dopo un trauma; il terzo è vivente e sano, anzi ammogliato con donna sana, ha avuto un figlio e cinque figlie tutti viventi. Morto il primo marito, la nonna del nostro p. contrasse un secondo matrimonio. Questo secondo marito morì non molti anni dopo in non avanzata età e per affezione che si ignora: dal secondo matrimonio nacque un maschio che venne a morte a 20 anni per emorragie sopravvenute in seguito ad una ferita ad un ginocchio. Dalla seconda gravidanza — non seguita da altre — nacque una femmina, la madre del nostro paziente. Questa ha avuto quindici gravidanze: la quindicesima ha avuto esito in aborto.

Dei quattordici nati, sette sono morti.

Il quinto genito, maschio, a 17 anni per una violenta enteroragia, dopo essere andato incontro ad intervalli, sin dalla più tenera età, a dolori articolari, senza febbre, a facili emorragie nasali, ad emorragie cutanee, susseguenti ad ogni minimo trauma.

Il sesto nato è morto in seguito ad emottisi all'età di 5 anni.

Il nono ed il decimo, nati gemelli, morirono tre giorni dopo la nascita.

L'undecimo genito decedette verso il primo anno di età per affezione gastro intestinale.

Il quattordicesimo morì a tre anni per meningite.

Il terzo per affezione tifoidea a cinque anni.

Sette figli sono viventi: di essi quattro sono femmine: una sola ha finora contratto matrimonio, avendo un figlio che conta due mesi di età nel momento di redazione della presente anamnesi. Le altre tre sorelle sono viventi in ottima salute. Tre figli sono maschi: due, rispettivamente di 22 e 27 anni non hanno mai sofferto di alcun disturbo, il terzo è il nostro paziente che rappresenta il dodicesimo nato.

Status.

Esaminando il malato, si nota che è un ragazzo bene sviluppato, di costituzione scheletrica normale, con ottimo stato di nutrizione.

Il decubito è indifferente, il sensorio è integro: non si notano edemi agli arti inferiori. Si contano 80 pulsazioni alla radiale; 18 atti respiratori al minuto; la temperatura è normale.

La cute è di un colorito bruno roseo, senza sviluppo del sistema pilifero: esiste qualche breve cicatrice sulla superficie estensoria degli arti inferiori. Nella regione del triangolo di Scarpa di destra si nota una macchia bleu verdastra, ampia cm. 12/5: suggellazioni ecchimotiche della grandezza all'incirca di uno scudo si notano in corrispondenza del gran trocantere di sinistra e del polpaccio dello stesso lato.

Mucose visibili pallide: la mucosa del mascellare superiore presenta una estesa ulcerazione lungo l'inserzione gengivale degli incisivi e dei canini, coperte da coaguli, non fetidi, facilmente distaccabili.

Non alterazioni ungueali.

Dentatura sana; lingua detersa, umida.

Collo di volume e forma normale, con tiroide non aumentata di volume.

Torace: vasta cicatrice da pregressa ustione sulla spalla destra. Il torace è di forma regolare. Fosse sopra e sottoclaveari appena evidenti: appena accentuate le fosse sopra e sotto spinose. Angolo del Louis non visibile. Angolo epigastrico acuto. Spazi intercostali appianati. Le due metà del torace si espandono bene ed egualmente negli atti respiratori.

Il fremito vocale tattile si trasmette bene ed ugualmente su tutto l'ambito. Alla percussione suono chiaro polmonare sia posteriormente che anteriormente nelle fosse sovra e sotto claveari. Non differenza di suono alla percussione comparata. Gli apici si fissano alla stessa altezza a livello della prominente. Alla ascoltazione murmure vescicolare normale.

Cuore e vasi: L'itto della punta è visibile al IV spazio all'interno dell'emiclaveare. Non bozza precordiale. Con la percussione si precisa la regione della punta al quarto spazio quasi sull'emiclaveare. Non debordamento a destra dell'aia di ottu-

sità cardiaca, il cui limite superiore sinistro giunge alla terza costa sulla parasternale. L'angolo epato cardiaco è retto. All'ascoltazione un breve rumore di soffio accompagna il primo tono alla punta, ascoltandosi bene anche sul *centrum cordis* e sulla polmonare, non però all'ascella nè posteriormente. I toni sono ovunque netti: talora il secondo sulla polmonare è sdoppiato.

Il polso è ritmico, regolare, a media pressione, di frequenza non aumentata.

Addome: di volume normale, con cicatrice ombelicale infossata, trattabile, indolente.

Milza: si palpa appena sotto l'arco, in alto, sull'ascellare media, il limite della sua ottusità si fissa all'ottavo spazio.

Fegato: si palpa, di consistenza normale, indolente, in basso all'arco. La sua area di ottusità giunge in alto sull'emiclaveare alla quinta costa.

Apparato linfoglandolare: molti piccoli gangli spostabili indolenti, duro elastici, nelle regioni inguino crurali.

Apparato genitale: nessun accenno a sviluppo di peli. Testicoli grandi quanto una mandorla.

Sistema nervoso: nulla di patologico.

All'esame obiettivo del p. facciamo seguire alcune ricerche ed esami di laboratorio eseguiti.

Il peso è di kg. 42.

Esame delle urine: Assenti albumina, zucchero, pigmenti biliari, indacano; presente, in modica quantità, l'urobilina. Le urine durante il periodo d'osservazione in Clinica, hanno oscillato fra gli 800 ed i 1200 cmc. mantenendo un peso specifico di 1017-1020.

Pressione arteriosa al Riva Rocci: mx = 90 mn = 55.

Cutireazione (tubercolina): negativa.

Reazione di Wassermann: negativa.

Durante la degenza la temperatura ha oscillato fra i 36° ed i 37°, raramente avendosi dei 37°,1-37°,4.

Decorso clinico.

Ricoverato in Clinica, il p. ancora per tre giorni ha continuato a perdere sangue dalla soluzione di continuo gengivale: infine il gemizio è cessato, in breve si ha la detersione e la *restitutio ad integrum* della lesione gengivale: le chiazze progressivamente si decolorano, nè compaiono altre ecchimosi. Nel mentre il malato stava per essere dimesso, il 12 giugno è colpito da dolore violento a carico dell'articolazione del ginocchio destro che si tumefà rapidamente raggiungendo in 24 ore il volume di una testa di feto: il dolore diveniva intenso al punto da dover ricorrere alla morfina: la cute della regione colpita non era arrossata, nè presentava traccia alcuna di trauma; la gamba era tenuta semiflessa sulla coscia. A 24 ore di distanza, con accentuazione dei fenomeni subiettivi, il ginocchio, globoso, mostra un notevole reticolo venoso superficiale: la circonferenza del ginocchio è di cm. 38; aumento del calore locale; temperatura fino a 38°. Dopo 7-8 giorni di stazionarietà dei sintomi, regressione: la palpazione fa percepire dolce crepitio intraarticolare.

Ad un mese di distanza, senza causa apprezzabile, il ginocchio destro si tumefà con sintomatologia, sebbene minore, identica alla precedente: detumefazione in una settimana. Quasi contemporaneamente a questo fenomeno articolare emorragia, lieve, dal mascellare inferiore destro.

Verso la fine del luglio, il malato, nel camminare, cade e riporta un trauma non lieve al ginocchio destro: come era da aspettarsi, il ginocchio rapidamente si tumefà, divenendo dolentissimo sia alla pressione che spontaneamente: nei giorni seguenti il volume della regione interessata aumenta ancora, poi si inizia lentissimamente la regressione. Gli viene applicato in seguito per correggere l'atteggiamento vizioso residuato, un apparecchio a tiraggio continuo. A distanza di due mesi il p. può di nuovo deambulare senza risentirne danno. Ma non si arrestano qui i fatti articolari: nell'agosto, dopo un piccolo trauma, il gomito destro rapidamente si tumefà, constatandosi in esso anche un notevole emartro, regredito in pochi giorni.

Interessanti sono i dati che le radiografie delle varie articolazioni ripetutamente colpite, hanno messo in evidenza.

La radiografia della regione coxo femorale mostra che le ossa del fondo cotiloideo non sono ancora fuse, anzi le linee di unione appaiono largamente deiscenti.

La radiografia del ginocchio destro mostra: frattura parziale del condilo interno. L'interlinea articolare è raccorciata ed oscurata. L'immagine della sinoviale appare netta e tesa.

La radiografia del gomito destro fa rilevare la mancata saldatura olecranica con irregolarità del bordo olecranico stesso.

Terminata l'esposizione dei dati offerti nello studio dell'ammalato in questione, dall'anamnesi, dall'esame obiettivo, dalle indagini di laboratorio, prospettare delle diagnosi differenziali sarebbe cosa superflua, tanto chiara diagnosi di emofilia ereditaria balza da un esame per quanto superficiale possa effettuarsi, degli elementi raccolti dall'ereditarietà agli emartrii, e se vogliamo, nella minuta analisi della crasi sanguigna, trovare quegli elementi di appoggio che la semeiologia moderna ritiene indispensabili per inquadrare il caso presente nella famiglia delle diatesi emofiliche ereditarie, noi aggiungeremo quanto segue:

Ereditarietà. Crasi sanguigna.

Eseguendo sul polpastrello dell'indice del p. una ferita con un ago di Frank, si constata che il tempo di coagulazione è di 30'. Estraendo dalle vene del cubito del sangue, la coagulazione, in vitro, avviene dopo due ore, con sedimentazione di parte dei corpuscoli. Il siero è limpido. La numerazione degli elementi corpuscolati mostra che le piastrine sono 170,000, i gl. rossi 3,140,000, i gl. bianchi 6400. L'emoglobina 53 %. Nella formula leucocitaria: 56 neutrofili, 2 eosinofili, 0 basofili, 37 linfociti, 5 monociti.

Segnalare un caso di emofilia, malattia relativamente rara fra noi, tipico, classico, giustificherebbe di già la presente nota: ma a me è parso altresì interessante spingere oltre le ricerche, procedere all'esame della crasi sanguigna

dei collaterali del p. ancora viventi ed esporne gli interessanti risultati.

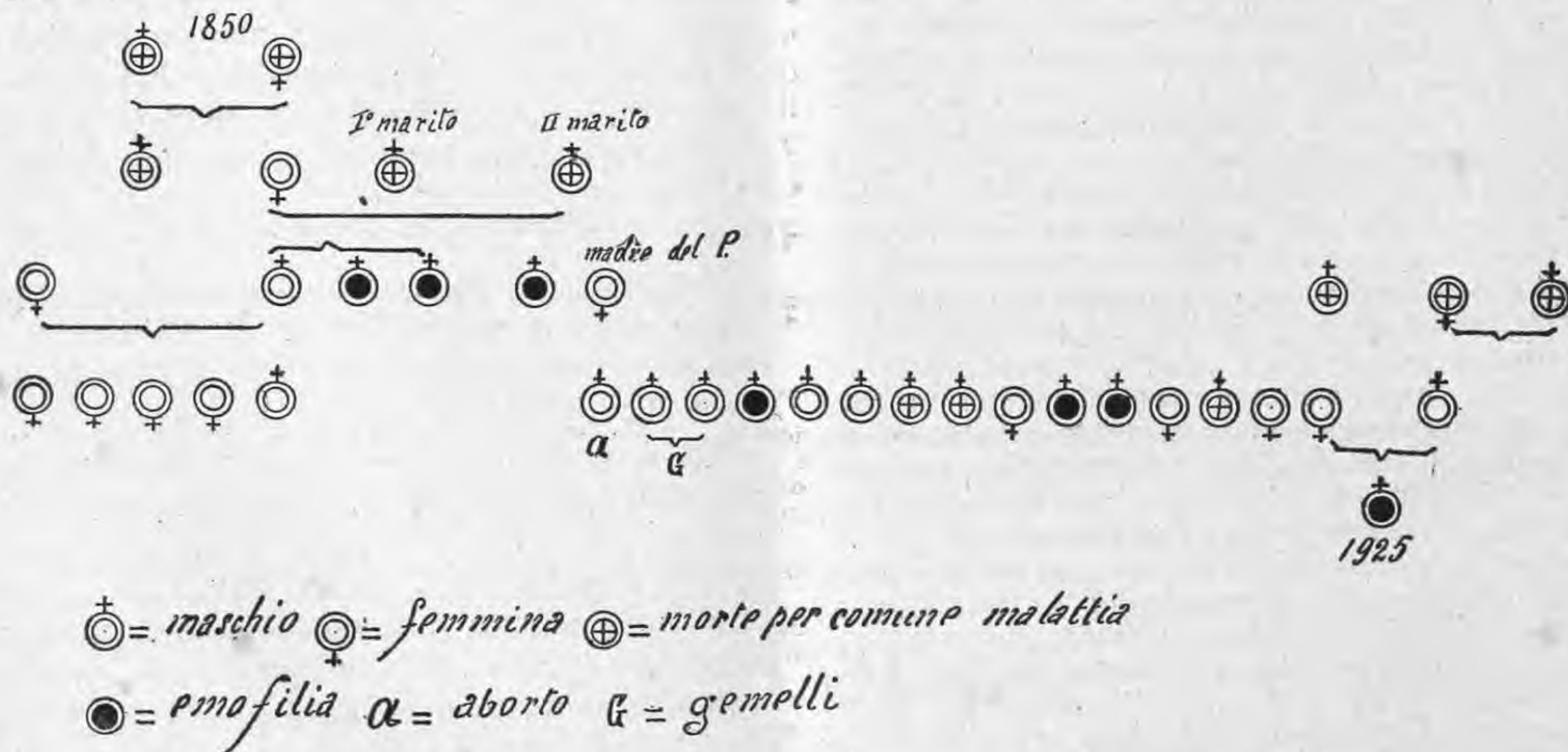
Ho dunque esaminato la madre, le sorelle, i due fratelli del p., nonchè l'ultimo nato dal matrimonio della sorella del malato stesso. I risultati sono i seguenti:

	Gr.	Gb.	Hb.	Tempo di emorr.	Tempo di coagulaz.	Formula N.	E.	B.	L.	M.
Madre del p.	4,650,000	4400	85	4'	17'	60	1	0	34	5
1ª sorella	5,300,000	6300	90	11'	16'	72	0	0	27	1
2ª »	4,830,000	7200	95	3'30"	5'	70	0	0	24	6
3ª »	4,640,000	6200	93	3'	15'	68	1	0	25	6
1º fratello	4,200,000	6600	84	5'	15'	78	0	0	22	0
2º »	4,500,000	6800	90	8'	16'	72	0	0	21	7
Figlio della sorella (2 mesi di età)	5,060,000	8900	80	9'	45'	86	0	0	10	4

Crasi sanguigna dunque, normale per le femmine, normale per i due maschi adulti (i quali del resto, hanno goduto e godono, l'uno militare, l'altro carrettiere, buona salute): nessuno dei piccoli segni propri della diatesi emofilica, riscontriamo all'esame del sangue nei collaterali adulti del p. E clinicamente mai epistassi, mai petecchie, mai affezioni articolari, mai metrorragie, ecc. Viceversa il piccolo nato già mostra possedere la tipica alterazione ematica degli emofilici, il ritardo cioè notevole del tempo di coagulazione del sangue, in vitro. Esso deve dunque considerarsi un emofilico in potenza.

Completando allora l'albero genealogico col sussidio di ulteriori dati riguardanti i nonni del nostro p. e dei risultati offerti dal laboratorio, possiamo costruire il grafico seguente, di chiara eloquenza.

1850 — I° marito — II marito — madre del P. — a — G — 1925

♂ = maschio ♀ = femmina ⊕ = morte per comune malattia
● = emofilia α = aborto G = gemelli

La parola « emofilia » fu dallo Schönlein data alla caratteristica affezione in discorso, spesso familiare, che colpisce quasi esclusivamente il sesso maschile, determinata da anomalie costituzionali che segue leggi nette, affezione per la quale si hanno emorragie spontanee o traumatiche infrenabili, con rallentamento del fenomeno della coagulazione sanguigna.

Nei numerosi studi comparsi col succedersi degli anni intorno alla emofilia, una colonna miliare è rappresentata dalla monografia che ad opera del Grandidier vide la luce nel 1837. In essa sono raccolte ed analizzate le storie riguardanti circa 200 famiglie di emofilici, ed in base a così abbondante materiale, l'A. potè formulare quelle osservazioni di poi diffuse col nome di « leggi del Grandidier » sulla emofilia.

Faceva notare il Grandidier nella affezione in discorso i quattro caposaldi seguenti:

1) Nella ereditarietà della emofilia, gli uomini, anche emofiliaci, coniugati a donne non appartenenti a famiglie emofiliche, non generano quasi mai, figli emofilici;

2) Gli uomini non emofilici, ma appartenenti a famiglie emofiliche, non generano quasi mai, figli emofilici;

3) Le donne emofiliche generano quasi sempre figli emofilici;

4) Le donne sane, ma appartenenti a fami-

glie emofiliche, hanno quasi sempre fra i propri figli, emofilici.

In breve: l'emofilia è un carattere ereditario, che nella genealogia si trasmette seguendo le leggi Mendeliane, come è stato anche notato avvenire per il daltonismo, per la emeralopia, ecc., con i tipici dominanti e recessivi; le conduttrici sono le donne, i colpiti, una certa percentuale degli uomini.

Non tutti ammettono che l'emofilia possa colpire anche le donne: Bukura vagliando i 200 casi finora pubblicati di emofilia femminile conclude affermando che nessuno di essi può reggere alla critica. Quel che possiamo ammettere è l'insorgenza « sporadica » di emofilici in famiglie fin allora immuni.

Applicando tali osservazioni al nostro ceppo di emofilici, constatiamo le cose uniformarsi nel modo più tipico, nella forma più caratteristica: conduttrici della tara morbosa — che sembra iniziarsi nel 1850 — sono esclusivamente le donne. Seguendo la discendenza femminile dalla prima comparsa della malattia ed escludendo un aborto ed i due gemelli morti in sul nascere, notiamo, nel periodo che va dal 1850 al 1925, diciotto nati dei quali tredici maschi: nelle femmine, nessun caso di emofilia, nei maschi ben sette ne furono colpiti, cioè il 55 % circa. I casi di morte si verificarono tutti nell'adolescenza o sugli albori dell'età media.

Percentuali di colpiti, di morti, età di sviluppo massimo della malattia si accordano nella famiglia in oggetto, con le cifre date dalla generalità degli autori. Ed un altro fatto viene dalla nostra osservazione confermato: la grande prolificità delle donne conduttrici: la madre del nostro p. ha avuto ben 15 gravidanze, portandone a termine 14. Ed in evidenza dobbiamo ancora mettere il fatto dimostrante *experimentum crucis*, la trasmissione della *noxa*, cardine della emofilia, rigorosamente in linea femminile: osservando infatti lo schema precedente, notiamo nella seconda generazione in esame, che la donna, prima vettrice dell'emofilia, sposa una prima volta avendo tre figli; di questi uno sfugge alla malattia e, come insegna l'esperienza, ammogliandosi con donna appartenente a famiglia non emofilica, ha prole sana; gli altri due, maschi, muoiono per emofilia. Una seconda volta prende la donna marito ed anche questo matrimonio le apporta due figli: di questi l'unico maschio muore emofilico, la donna trasmette alla discendenza la tara. Il fenomeno non potrebbe essere più tipico per dimostrare la influenza del sesso nella trasmissione della malattia.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I DI TORINO
Sez. Medica diretta dal prof. GRAZIADEI.

L'alimentazione duodenale.

Dott. ALBERTO TROSSARELLI.

Il sondaggio duodenale che incomincia ad essere praticato oggi giorno nei nostri ospedali, viene adoperato esclusivamente a scopo diagnostico, mentrechè l'uso suo terapeutico, utile specialmente col mezzo dell'alimentazione duodenale, è completamente trascurato, come se i risultati ottenuti sin'ora con questo, siano stati poco incoraggianti e addirittura disastrosi.

In questo lavoro, desidero appunto parlare dell'alimentazione duodenale, ricordandone la tecnica, indicando i casi nei quali essa può essere applicata con successo, e riportando infine i risultati terapeutici ottenuti sin'ora.

L'alimentazione suddetta consiste nel nutrire i pazienti mediante il sondino di Einhorn introdotto nel duodeno. Si priva così lo stomaco temporaneamente di cibi, e mentre gli si assicura un riposo quasi assoluto, si mantiene il paziente che pratica questo genere d'alimentazione in equilibrio di peso, peso che viene persino aumentato in casi di deperimento. Il sondino duodenale fu adoperato per l'alimentazione duodenale le prime volte dall'Einhorn stesso in America ove nelle grandi Cliniche questa pratica è oggi abituale e poi si diffuse in Germania e in Francia, mentre non mi consta che sinora, sia stata adottata in qualche ospedale italiano. L'Einhorn stesso, costrusse un piccolo apparecchio per questo particolare tipo d'alimentazione, tipo d'alimentazione che può venire attuato anche assai più semplicemente iniettando il cibo liquido nella sonda con una semplice siringa da 20 cmc. oppure versando lo stesso in un imbutino collegato col capo libero della sonda, che poi viene sollevata al disopra del piano dello stomaco, e permette così il lento deflusso del cibo stesso nel duodeno. Sorvolo sulla tecnica del sondaggio duodenale, rimandando il lettore che ancora non la conosce, ad un mio precedente lavoro sul *Policlinico*, ove questa è dettagliatamente descritta, ricordando solo, come contrariamente a quanto qualcuno potrebbe credere, il sondaggio si può praticare facilmente in ammalati con nausee e vomiti, i quali, mentre rimettono facilmente i cibi ingeriti, tollerano assai bene il sondino. In questi e in genere in quasi tutti i gastropazienti, essendo frequente il pilorospasmo sarà utile nei due o tre giorni che precedono il sondaggio, somministrare alcune goccie di tintura di belladonna, così che il piloro potrà essere

vinto e sorpassato con maggiore facilità dalla sonda stessa.

Quando la sonda è giunta nel duodeno (accertamento radiologico) occorrerà fissare, la breve porzione di tubo fuoriuscente, al padiglione auricolare mediante due funicelle, che eviteranno l'involontaria deglutizione del tubo durante il sonno, tirato giù, o da eventuali movimenti peristaltici dello stomaco stesso, o da movimenti di deglutizione. Si chiuderà poi il tubo con una pinzetta che impedirà il rifluire del succo duodenale e dei cibi ingeriti, e si cercherà di rendere il tratto di tubo, fuoriuscente dalla bocca, breve, perchè se questo pendesse liberamente fuori dalla bocca, durante la notte, nel sonno, il paziente involontariamente potrebbe esercitare trazioni sull'apparecchio, riconducendo così la sonda nello stomaco.

Fatto questo, si potrà procedere senz'altro all'alimentazione. La tecnica è oltremodo semplice, perchè basterà far defluire o mediante siringa o mediante l'imbutino, come più sopra ho detto, il cibo nel duodeno. Quello che occorre sapere e fare, si è d'intiepidirlo, di farlo defluire molto lentamente per evitare movimenti antiperistaltici violenti, che oltre a provocare dolori assai vivi e molesti ai pazienti, potrebbero anche ributtare la sonda nello stomaco. Se, malgrado queste precauzioni, dei dolori colici si manifesteranno egualmente, il miglior modo per farli tacere sarà il praticare l'instillazione a mezzo della sonda stessa di alcune goccie di tintura di belladonna con un po' di laudano mescolati ad alcuni cmc. di soluzione fisiologica. Carnot consiglia il deflusso dei cibi addirittura goccia a goccia, egualmente come si pratica nelle instillazioni rettali, ma a me pare un po' esagerata questa lentezza di deflusso. Circa l'orario dei pasti, Einhorn, e con lui la maggior parte degli sperimentatori americani, sottopongono i pazienti a circa 7-8 pasti al giorno, cioè ogni due ore circa a partire dalle sette per giungere sino alle ore 21. Egli somministrava 200 gr. di latte zuccherato nel quale era stato sbattuto un rosso d'uovo per ogni pasto, e più tardi, trascorsi i primi giorni, essendosi il paziente abituato al nuovo sistema d'alimentazione, si permettono pappe di farina d'avena, di riso, burro, succo di carne, succo di frutta. L'essenziale in questa forma d'alimentazione si è che gli alimenti siano sufficientemente liquidi, e non contengano grumi. Infatti potendo questi otturare i fori della sonda è necessario setacciare le pappe preparate. Il Damade e con lui gli autori francesi, raccomandano prudenza al principio dell'alimentazione. Essi nel primo giorno non somministrano più di 100 gr. di latte zuccherato fatto defluire in 20 minuti e dato ogni due ore; nel secondo ne portano la quantità da 100 gr. a 200 pur dandolo colle stesse modalità, nel terzo aggiungono ogni due pasti un rosso d'uovo, per raggiungere la razione alimentare completa alla fine di 4-5 giorni.

I pasti possono darsi, uno alle 7 del mattino, uno alle 9, uno alle 11 e così via di seguito sino alle 9 di sera. Nell'intervallo libero dei pasti si può somministrare sempre per via duodenale del siero artificiale 300-400 cmc. che serve a dissetare il paziente, e a pulire l'interno del tubo dai residui alimentari che eventualmente ci siano rimasti, i quali, se non vengono asportati, possono fermentare e disturbare così l'alimentazione successiva. Qualora anche il paziente non abbia sete, è necessaria questa pulizia dopo ogni pasto, ed essa in questi ultimi casi, viene praticata con una quantità minore di soluzione fisiologica tiepida 30-50 cmc. Se lo studio dei fermenti del succo duodenale, ha dimostrata un'insufficienza o una diminuzione dei medesimi, è utile prima di ciascun pasto, iniettare nel duodeno 10 cmc. di una soluzione leggermente acidulata, oppure anche alcune goccie di etere, che serviranno ad eccitare la secrezione pancreatica. È da sorvegliarsi colla massima cura, la pulizia della bocca e dei denti, con il che si evitano fermentazioni anormali ed alito cattivo, e il regolare funzionamento dell'intestino per mezzo della sonda combattendo coll'uso di clisteri di pulizia, oppure coll'iniezione per mezzo della sonda stessa un po' di soluzione (20 cmc.) di solfato di magnesio al 25 %, la stessa che si adopera per la prova di Metzer Lyon, l'eventuale stitichezza che si sia verificata. Per evitare poi, irritazioni della gola, si raccomanda al paziente di parlare poco, e si cerca di collocare il tubo ora su una guancia ora su un'altra in modo che internamente nelle cavità questo non venga a contatto sempre colle stesse pareti. I pazienti, dopo le prime ore, si abituano facilmente a questo nuovo genere di alimentazione, ed anzi taluni successivamente si alimentano da sè. Durante la prima settimana è però utile che il paziente si trattenga a letto, e questo poi va assolutamente tenuto dopo i pasti. In seguito il paziente assuefattosi al suo nuovo genere d'alimentazione può alzarsi, camminare, ed accudire persino alle sue faccende. Racconta il Damade, di un suo ammalato il quale obbligato un giorno a lasciare l'ospedale, per affari che richiedevano altrove la sua presenza, se ne uscì sondato, portandosi dietro imbutino e cibo, e che poi venuta l'ora del pasto, fattosi riscaldare in una latteria il suo cibo liquido, si era alimentato così in presenza di numerose persone e dello stesso padrone, stupito di vedere un cliente ed un'alimentazione così originale. Pur tollerando bene il sondino a permanenza è utile nei primi giorni somministrare ai

pazienti verso sera, un po' di Veronal 25 centg. con cui viene facilitato loro il sonno; osservando tutte queste regole il sondaggio è ben tollerato per 15-20 giorni e anche più, e il detubaggio si compie senza la minima difficoltà al finire di questo tempo. Quando questo si vuol praticare, è utile far scorrere della soluzione fisiologica abbondante nella sonda per asportare dall'interno di essa, la bile che vi si fosse depositata, poscia dopo che l'oliva è stata riportata nello stomaco, dar da bere al paziente pure della soluzione fisiologica che verrà a lavare l'esterno della sonda ed evitare così qualsiasi gusto sgradevole al paziente stesso quando successivamente si estrarrà totalmente la sonda. L'operazione di detubazione va fatta molto lentamente e con grande dolcezza, se si vuole che riesca senza eccitare conati di vomito, e senza dare dolori ai pazienti.

Ricorderò ora come durante tutto il tempo del sondaggio si possano somministrare al paziente per via orale, medicamenti destinati allo stomaco (bismuto e alcalini) i quali non vengono a turbare minimamente l'alimentazione intrapresa.

Quali sono le malattie che traggono benefizio da questo genere d'alimentazione? Si può dire che tutti i casi, nei quali è indicata la messa in riposo dello stomaco, traggono benefizio dall'alimentazione duodenale; tali per es. le crisi ripetute d'ipercloridria, le grandi dilatazioni gastriche, i diversi tipi di gastrite. L'anoressia mentale con vomiti incoercibili, e gli stessi vomiti da gravidanza ripetuti ed ostinati, traggono notevole giovamento da questo tipo d'alimentazione, applicato in queste particolari malattie colla somministrazione goccia a goccia del cibo secondo il metodo di Carnot e Libert, somministrazione recentissimamente adottata, e con incoraggianti risultati, da alcuni chirurgi nel periodo postoperativo, in sostituzione dell'assorbimento rettale delle soluzioni fisiologiche goccia a goccia. La malattia nella quale l'alimentazione duodenale, trova maggiori applicazioni, ed ove essa dà i suoi più brillanti risultati, è senza alcun dubbio l'ulcera gastrica. Infatti, in questa malattia il sondaggio realizza un riposo gastrico quasi assoluto, mentre l'alimentazione può venire continuata in modo ottimo, senza che lo stato generale del paziente ne abbia a soffrire.

Einhorn che ebbe a curare coll'alimentazione duodenale numerosi pazienti, i più con ulcere gastriche, taluni anche con ulcere duodenali, afferma, che queste varie lesioni, se non sono complicate da altre alterazioni, traggono un notevolissimo giovamento da questo tipo di cura. Nelle sue statistiche, che si basano su ben 315 casi, nei quali egli applicò l'alimentazione duodenale per una durata varia da 10 a 20 giorni, egli in solo quattro casi non ebbe risultati soddisfacenti, mentre in tutti gli altri, notò pronta scomparsa dei dolori e miglioramento rapidissimo sia oggettivo che soggettivo; in talun paziente l'aumento del peso corporeo raggiunse i 10 Kgr. L'Einhorn che seguì la maggior parte dei suoi pazienti così curati per vari anni (nove della statistica del 1916) ebbe a constatare che i risultati ottenuti si erano mantenuti ottimi in quasi tutti. In solo cinque individui, egli aveva dovuto riprendere l'alimentazione, inquantochè erano ricomparsi sintomi d'ulcera, ed in altri pochissimi intervenire chirurgicamente. Ad ogni modo, la percentuale dei guariti nella sua statistica, oltrepassati i nove anni, si mantiene superiore al 90 %. Dalle sue osservazioni, traspare l'insegnamento che le lesioni meglio e più rapidamente guarite, sono state quelle aventi la loro sede al cardias e sulla piccola curvatura. Al Damade che in Francia si è interessato dell'argomento, l'alimentazione duodenale si è mostrata utile anche in casi di ulcere gastriche complicate da perigastrite, ed egli anzi quasi propone di curarle esclusivamente con questo metodo. Egli notò, la scomparsa rapidissima, talvolta in meno di 24 ore, di dolori prima atroci, con ritorno del sonno e delle forze. In una paziente con ulcera gastrica potè osservare radiologicamente il progressivo diminuire della nicchia di Haudek fino alla totale sua scomparsa mentre contemporaneamente la paziente migliorava le sue condizioni oggettive e soggettive, aumentando di circa 12 kgr. Per chi s'interessi la rivista di medicina di Bordeaux, n. 11, anno 1922, p. 376, riporta appunto due radiografie dello stomaco riferentisi a questo caso. L'alimentazione duodenale fu oggetto da parte del Damade stesso di una comunicazione al 16° Congresso di Medicina di Parigi ove egli espresse il suo convincimento formato in base ai risultati da lui ottenuti, che in tutti quei casi in cui, supposta una lesione gastrica (ulcera), non si ottenevano vantaggi dall'alimentazione duodenale, la lesione doveva considerarsi non unica, e dovevano concomitare altre malattie o lesioni di organi vicini, vescichetta biliare, appendice. Prima di terminare vorrò ancora ricordare come l'Einhorn e il De Rosas adoprarono l'alimentazione duodenale e con successo in due individui che avevano avuta la perforazione dello stomaco, da ulcera gastrica e nei quali lo stato di shoc era tale, da non permettere assolutamente l'intervento. Il Charbonnel pensa, che l'alimentazione duodenale non debba sostituirsi all'atto operativo nella cura delle ulcere gastriche, ma ch'essa debba precedere l'intervento chirurgico, poichè calmando i dolori talvolta atroci, permettendo riposo ed alimentazione, può rimettere rapidamente in forze il paziente che ne

è affetto e metterlo quindi nelle migliori condizioni per sopportare l'atto operativo.

Io penso seguendo le idee del Damade e dell'Einhorn che l'alimentazione duodenale sia sempre da attuarsi, quando si tratti delle malattie sopraddette, e specialmente nei casi di ulcera gastrica. Infatti questo genere di cura non danneggia il paziente, e in molti casi può fargli evitare l'intervento chirurgico. Qualora questo poi si rendesse necessario, l'alimentazione duodenale avrà costituita la migliore cura del periodo preoperativo.

BIBLIOGRAFIA.

Lavori riguardanti esclusivamente l'alimentazione duodenale.

CARNOT-LIBERT. Paris médical, 1922, aprile.

CHARBONNEL. Journal de méd. de Bordeau, 1922, maggio.

DAMADE. Ibid., 1922, aprile; maggio; giugno; Monde Médical, 1924, luglio.

EINHORN. Med. Record, 1913; 1917; 1919; Journ. of Amer. med. Assoc., 1920; Arch. des mal. de l'app. digestif, 1919-20.

FRIEDENWALD, FOREMAN e WIEST. Med. Record, 1923, giugno.

PICARD. Gazette Médicale de Nantes, 1922, nov.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Azione dissociata dell'insulina? (1)

Dott. A. SANGUINETTI,
comprimario degli Ospedali di Bologna.

In breve ecco la storia clinica del malato che porge occasione a questa brevissima nota.

Padre morto di cirrosi epatica, nonno paterno obeso. Nulla di particolare nella giovinezza del nostro infermo se non frequenti tonsilliti fino ai 30 anni epoca nella quale il malato pesava 90 kg. e godeva di perfetto benessere fisico e psichico. Nel 1917 (a 32 anni) ebbe dolori intensi alla regione epatica senza febbre nè vomito, nè ittero, e da allora crisi dolorose simili si sono ripetute abbastanza frequentemente. I medici che lo visitarono non giunsero a formulare un giudizio diagnostico preciso, riscontrarono però, fin dall'inizio di queste sofferenze, il fegato « palpabile ».

Nel 1919, durante un periodo in cui il malato si sentiva fiacco e irritabile, si accorse che l'urina gli lasciava delle macchie giallo rossastre sulla biancheria. A tale fenomeno che dileguò in pochi giorni, non fu annessa grande importanza, sì che nè il paziente nè la moglie di lui si rivolsero a medici per consiglio. Anche in questa occasione l'ammalato non presentò traccia di ittero. Fino al 1923 la vita del nostro infermo decorse come di norma essendo però turbata, di quando in quando, da periodi di svogliatezza e di stanchezza e da crisi dolorose alla regione epatica. In quel tempo il peso del corpo oscillava intorno agli 85 kg.

Nel dicembre 1923 insorsero nuove molestie: senso insolito di sete, bocca arida, prostrazione continua e progrediente delle forze. Un medico trovò zucchero nelle urine e istituì opportune cure dietetiche. Ma vantaggi non se ne ottennero: il malato continuò nel deperimento e nella debolezza finchè a poco a poco divenne un diabetico veramente grave. Sembra che l'acido diacetico sia comparso nelle urine soltanto nell'ottobre di quest'anno.

Il malato non fu mai mangiatore esagerato, fu parco nel bere alcoolici e non fu mai tocco da malattie veneree.

Quando capitò alla mia osservazione, alla fine di novembre, aveva perduto circa 24 kg. di peso, era di colorito quasi bronzino specie al viso e alle mani, e, oltrechè per un notevolissimo deperimento (quale si poteva rilevare dalla pochezza delle masse muscolari e dalla assenza quasi completa del pannicolo adiposo sottocutaneo) richiamava l'attenzione per l'alito fortemente acetonico e per l'aumento del volume e della consistenza del fegato. Nessun fatto che parlasse di ipertensione portale o di insufficenza epatica.

Il giudizio di « diabete bronzino grave » fu facile e facile ne risultò il consiglio di una cura insulinica.

Sarebbe stata mia intenzione saggiare per qualche tempo la tolleranza del nostro infermo per gli idrati di carbonio ma fui obbligato a desistere dallo studio un po' sottile del ricambio idrocarbonato per i fatti che seguono.

Da due giorni il malato (che pesava 61 kg.) era stato posto ad una dieta che comprendeva:

Idrati di carbonio	gr.	81
Grassi	»	142
Proteine	»	108
Idrati di carbonio totali (1) . .	»	158

quando, la mattina del terzo giorno il malato stesso cadde in così grave torpore, accompagnato da un respiro così profondo e frequente da far temere vicinissimo il coma diabetico. Le urine delle ultime 24 ore contenevano 265 gr. di zucchero e grandissime quantità di acetone e di acido diacetico. La glicemia era di gr. 4.10 ‰.

Fu necessario quindi ricorrere subito all'insulina. Date le condizioni dell'infermo, che rifiutava il cibo, gli idrati di carbonio furono somministrati quasi soltanto per mezzo di zucchero e nelle 24 ore se ne diedero 179 gr. mentre in tre riprese si iniettarono 80 unità di insulina Burrough's and Wellcome.

Le urine corrispondenti mostrarono 160 gr. di zucchero, reazione fortissima all'acetone, ma reazione dell'acido diacetico molto meno intensa del giorno precedente. Glicemia dopo 12 ore di digiuno: gr. 3.60 ‰.

Durante il quarto giorno lo stato del malato permise una dieta che conteneva 147 gr. di idrati di carbonio totali e in 2 volte si iniettarono 60 unità di insulina. Lo zucchero urinario non si abbassò ma l'acetone si ridusse notevolmente e l'acido diacetico scomparve del tutto. Dopo 12 ore di digiuno: glicemia gr. 3.80 ‰.

(1) Comunicazione letta il 18 dicembre 1925 alla Società Medico-Chirurgica di Bologna.

(1) Per idrati di carbonio totali si intendono quelli introdotti come tali più quelli che teoricamente sappiamo prevenire dal metabolismo delle proteine e dei grassi.

Ecco riassunti in quadro i dati essenziali ottenuti durante i primi giorni di osservazione.

Giorno d'osservazione	Idrati di carbonio totali introdotti con la dieta.	Unità di insulina	Glicosuria nelle 24 ore	Acetone	Acido diacetico	Glicemia ‰ dopo 12 ore di digiuno.
1	158	—		++++	++++	
2	158	—	265	++++	++++	
3	179	80	160	++++	++	gr. 4.10
4	147	60	161	++	—	" 3.60
5	157	60	85	+	—	
6	157	60	96	—	—	" 3.80
7	157	70	88	—	—	
8	157	80	85	—	—	
9	157	100	42	—	—	" 3.80
10	157	100	41	—	—	
11	160	100	31	—	—	" 2.70
12	148	80	41	—	—	
13	148	80	38	—	—	" 2.20

È chiaro che il nostro diabetico ha risentito subito l'azione benefica dell'insulina per quanto riguarda l'acidosi mentre si è mostrato resistente per la glicemia e la glicosuria.

Ma siamo autorizzati, in questo caso, a parlare di « azione dissociata » dell'insulina?

Se volessimo seguire i concetti di Chabrol e Hebert dovremmo dire di sì. Infatti questi Autori, descrivendo due casi di diabete bronzino consuntivo in cui la cura di insulina aveva prodotto effetti simili a quelli esposti per il mio malato, intesero riferire esempi di questa azione dissociata dell'insulina.

Ma a me sembra che ciò non sia esatto.

Per fissare bene il concetto che si deve avere di « azione dissociata » dell'insulina è utile citarne un esempio chiarissimo che ci proviene dall'osservazione di Abrami Weill e Laudat.

Una malata mantenuta durante qualche giorno ad un regime stretto di legumi e di frutta che comprenda 100 gr. di idrati di carbonio e piccolissime quantità di proteine e di grassi, elimina in media 40 gr. di zucchero al giorno. Se si aggiungono a questa dieta 50 gr. di proteine e 50 gr. di grassi la glicosuria aumenta subito a circa 55 gr. e nello stesso tempo compare acetone.

È sufficente allora iniettare 50 unità di insulina per far sparire l'acetonuria e per far regredire la glicosuria al suo tasso abituale di 40 gr.

In altri termini: 50 unità di insulina riescono a far scomparire dalle urine soltanto 15 gr. di zucchero. (La pratica dimostra che di solito una unità di insulina metabolizza circa 2 gr. di zucchero).

Qui manifestamente l'insulina ha pochissima influenza sul ricambio degli zuccheri mentre riesce efficacissima nel far dileguare l'acetone; qui adunque possiamo riconoscere un'azione dissociata dell'insulina.

Nel nostro caso si sarebbe, in apparenza, in condizioni simili.

Infatti durante i primi due giorni di cura insulinica vediamo che 80 unità riescono a far trattenere soltanto 19 gr. dello zucchero ingerito e che 60 unità lasciano passare nelle urine una quantità di glucosio maggiore di quella introdotta cogli alimenti.

Nei giorni successivi il potere dell'insulina sul metabolismo idrocarbonato aumenta in modo notevole ma sembra ben lungi dal toccare la norma: il terzo giorno 60 unità riescono a far trattenere 72 gr. di zucchero e il quarto giorno 61 gr.; poi 70 unità trattengono 69 gr. di zucchero, 80 unità 82 gr., 100 unità 115 gr.

Di fatto però le cose cambiano se si tenga conto di quanto avveniva prima della cura insulinica.

Non vedemmo forse come l'infermo eliminasse 107 gr. di zucchero più di quello introdotto cogli alimenti? E considerando che non vi furono modificazioni notevoli di dieta, non dovremo noi ammettere che nei giorni seguenti si sarebbe avuta una perdita consimile di zucchero se non si fosse usata l'insulina?

Prendendo in esame, ad esempio, quanto avvenne l'ottavo giorno e pensando (per essere ottimisti) che, senza insulina, l'infermo avrebbe eliminato 60 gr. di zucchero più di quello ingerito, si avrebbe una glicosuria di gr. 217.

Invece con 80 unità di insulina si eliminano solo 85 gr. di zucchero. E cioè: 80 unità di insulina metabolizzano almeno 132 gr. di idrati di carbonio.

Seguendo gli stessi criteri vediamo che 70 unità ne metabolizzano 129 gr., 100 unità 175 gr., e così via. Cifre adunque molto vicine a quelle che l'esperienza avrebbe potuto farci prevedere.

Rimane vero che nel nostro diabetico l'acidosi è scomparsa con una rapidità meravigliosa mentre il disordine del ricambio idrocarbonato è persistito evidentissimo nonostante le alte dosi di insulina raggiunte.

Ma questo fatto, che in grado maggiore o minore si osserva quasi sempre nei diabetici gravi, non deve di per se stesso condurci leggermente al giudizio di azione dissociata dell'insulina.

BIBLIOGRAFIA.

CHABROL et HÉBERT. Paris Médical, 16 maggio 1925.
WIDAL, ABRAMI et LAUDAT. Presse Médicale, 22 marzo 1924.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Alcuni alcaloidi della china nella cura della malaria.

Dal nostro direttore ci viene concesso di pubblicare questa lettera che riassume i risultati delle esperienze da lui fatte per incarico della Società delle Nazioni.

Caro Lutrario,

Nell'anno scorso, nei mesi di estate e di autunno, ho usato per la cura dei malarici nella mia Clinica la chinina, la cinconina, la chinidina e inoltre il chineto favoritomi dal Comitato della Società delle Nazioni. Naturalmente mi sono uniformato alle istruzioni date dal Comitato, almeno per i 10 casi prescritti per ciascun rimedio: conservo tutti i documenti clinici, ivi compresi i preparati microscopici.

Mi manca il tempo per scrivere un rapporto circostanziato di tutte le osservazioni fatte. Ti mando questo breve sunto dei risultati, perchè possano essere presi in considerazione dal Comitato antimalarico internazionale della Società delle Nazioni, che tu onorevolmente presiedi.

Debbo anzitutto riconoscere che la dose di alcaloidi consigliata è in genere troppo leggera sopratutto per la terzana maligna, e che il dosaggio degli alcaloidi in proporzione del peso del corpo fissato nelle istruzioni porta a dosi per lo più insufficienti, specialmente negli individui giovani e di poco peso. Le dosi dei farmaci sono inoltre somministrate a troppa distanza tra loro.

In linea generale trovo poi che il dovere fare i preparati microscopici di sangue ad ora fissa, in rapporto con la propinazione dei farmaci poco si presta per deduzioni ben fondate.

A causa di questi inconvenienti, nell'estendere le applicazioni dei rimedi a molti altri casi di malaria, ho regolato gli esami di sangue e le dosi del farmaco e il tempo di somministrazione piuttosto con l'entità e l'andamento della malattia che con le istruzioni schematiche fornite. Anche in questo periodo di osservazioni io ho trovato, nelle febbri di qualche gravità specialmente, più efficace il sistema delle dosi ravvicinate, che conducono ad una carica abbondante di chinina nel sangue.

Dirò ora brevemente dei risultati complessivi ottenuti con ciascuno dei rimedi usati, mettendo in rilievo che un gran numero dei malarici era infetto dal gruppo *praecox* (terzana maligna o subtertiana o tropica o estivo-autunnale). Numerose anche le terzane benigne. Nessuna quartana.

Aggiungo l'osservazione generica che, usando dosi terapeutiche (1-1,5-2-2 1/2 gr. pro die) si avevano migliori risultati, cioè più pronti e duraturi, nella malaria primitiva o di recente recidiva che non nelle recidive più o meno antiche. Con qualsiasi dei farmaci adoperati si sono aggiunti, nelle forme gravi, i tonici generali e cardiovascolari, specialmente canfora e caffeina.

1) La *chinina* nell'anzidetta quantità giornaliera, divisa in dosi di gr. 0.50 somministrate a breve distanza (1/2-1 ora tra loro) si è dimostrata efficace nella totalità dei casi. Nelle forme gravi si è dovuta somministrarla da 2 a 4 giorni per raggiungere l'apiressia. Non abbiamo verificato, nel corso delle ricerche, casi in cui resistessero alla chinina la febbre o i germi febbrigeni, o in cui vi fosse intolleranza.

2) La *cinconina* si è dimostrata meno efficace della chinina. Sono state necessarie dosi più forti di circa un terzo e la metà, per raggiungere i risultati che ci saremmo aspettati dalla chinina. Parecchie volte la somministrazione ha dovuto protrarsi più a lungo che non sarebbe avvenuto per la chinina.

Devo osservare che i risultati ottenuti con questa cinconina, di provenienza olandese, sono meno brillanti che non quelli da me raggiunti negli anni passati con cinconina fornitami dal Governo italiano e di provenienza inglese. Abbiamo osservato con questa cinconina ambliopia e stranguria relativamente frequenti, mentre con la prima cinconina si aveva qualche volta fugace ambliopia e non mai disturbi vescicali.

3) La *chinidina* ha dimostrato ottimi effetti con le dosi indicate per la chinina. I benefici prontamente e costantemente verificatisi mi hanno indotto a sperimentare la virtù di questo alcaloide in dosi di 1/3 e anche di 1/2 inferiori alla chinina. La chinidina anche in tali dosi ha corrisposto molto bene in tutte le forme di malaria. Con l'uso della chinidina non ho riscontrato disturbi di alcun genere, specificatamente nessun inconveniente a carico dell'apparato circolatorio. Chè anzi, anche in casi di perniciosa a tipo algido e con profonda depressione del circolo i vantaggi sono stati netti e precisi.

4) La formola del *chineto* fornitomi, cioè la miscela di alcaloidi ch'esso rappresentava, ha mostrato press'a poco gli stessi effetti che la chinina. La fenomonologia classica del chinismo si verificava anche con il chineto.

Da sì fatte constatazioni io devo concludere che la chinina merita tutta la fiducia che i medici vi ripongono nella cura della malaria; che la chinidina è anche più efficace della chinina; che la cinconina (olandese) è meno attiva della chinina; che il miscuglio olandese degli alcaloidi fornitomi risponde bene, quasi quanto la chinina.

Abbimi tuo aff.mo ASCOLI.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Le fistole gastro-coliche.

(SAVIGNAC. *Paris Médical*, n. 28, 1925).

Lo studio delle fistole gastro-coliche è interessante al giorno d'oggi perchè i casi finora osservati sono rari e perchè la questione non è stata ancora presa in esame nei diversi trattati di malattie gastro-intestinali. Inoltre la scoperta e l'uso dei raggi X hanno portato un prezioso aiuto alla diagnosi di queste fistole, e i progressi della chirurgia intestinale rendono più facile il loro trattamento.

Nel 1857, Murchinson, pubblicò il primo caso di fistola gastro-colica.

Fu studiata in seguito in Francia da Bouveret, Bech, Chavannaz, Roger e in Italia, recentemente, da Cividali e da Tosi; all'estero da Koch e Pratt d'Omacha (1923). Altri lavori sono apparsi contemporaneamente su una affezione quasi identica e cioè sulla fistola digiuno-colica che è diventata sempre più frequente col generalizzarsi della gastro-enterostomia nelle affezioni gastriche e duodenali: la fistola digiuno-colica è conseguente all'ulcera digiunale. Per fistola gastro-colica intendiamo quella che fa comunicare direttamente lo stomaco col colon: questo è il caso più frequente, ma dobbiamo considerare e farvi rientrare anche quelle con un tragitto più o meno sinuoso e lungo, quelle che fanno comunicare i due organi mediante una cavità aperta da una parte nel colon e dall'altra nello stomaco.

Perciò è difficile separare la fistola gastro-colica da quella digiuno-colica anatomicamente, e questa differenziazione diventa più artificiosa clinicamente.

I quadri clinici descritti dai diversi autori per le due affezioni sono calcati uno sull'altro. Lowy ha pubblicato il più importante lavoro sulla fistola digiuno-colica e in esso riunisce circa 76 casi.

Per la fistola gastro-colica invece Bec raccolse 68 casi, Chavannaz 79, Cividali 106 e Pratt 127.

Si vede, perciò, che la fistolà gastro-colica è molto rara; molti casi forse sono passati inosservati, perchè latenti o misconosciuti.

I R. X. permetteranno di riconoscerli più spesso.

Tre sono i sintomi cardinali che dominano la sindrome clinica della fistola gastro-colica: diarrea, vomiti ed eruttazioni, cachessia.

a) La diarrea quando esista, è molto importante. Le scariche sono molto numerose, 7-8-20 in 24 ore; spesso imperiose si producono dopo il pasto e sono accompagnate da rumori e borborigmi. Le feci sono liquide, spumose, fetide; caratteristica è la presenza di alimenti intatti ingeriti poco prima della scarica. Questa diarrea deve far supporre sempre una fistola gastro-colica che però può esistere anche senza quella. Talvolta si incontra la stipsi. La somministrazione di medicamenti può mascherarla e talvolta si presenta a intervalli: per Lowy è molto frequente invece nella digiuno-colica.

b) I vomiti sono fecaloidi e molto frequenti nella gastro-colica. I malati hanno alito fetido ed eruttazioni di odore fecale. Il materiale vomitato è brunastro e fetido: contiene feci. Possono essere costanti o presentarsi ad accessi con dolore addominale. Possono mancare o sparire e ciò in dipendenza di speciali disposizioni anatomiche. Importante è la somiglianza tra materiale vomitato e feci, per costituzione, colore ed odore; somiglianza che si accentua con l'analisi chimica e microscopica.

c) La cachessia si stabilisce rapidamente con dimagrimento intenso e pallore. In essa grande importanza hanno la malattia causale e la diarrea, ma che la sola fistola può produrre per la soppressione della digestione nel tenue. (Esperienze di Chavannaz sui cani).

I malati, in breve, arrivano ad uno stato generale tale da non permettere più l'intervento operativo.

Sintomi accessori e di scarso valore diagnostico sono: il dolore, dipendente per lo più dalla lesione causale, qualche colica addominale, gas dolorosi, sensibilità diffusa in tutto l'addome per l'irritazione del colon da parte delle materie acide o per la frequenza delle scariche. Qualche dolore epigastrico o spasmo-gastrico, sete spesso intensa. Appetito variabile.

Quando nel corso di un'ulcera gastrica cessano bruscamente i vomiti e i dolori, si può aver l'inizio di una fistola. Il malato cioè ha fatto una gastro-entorostomia spontanea. Altre volte l'inizio è insidioso. L'evoluzione rapida, o prolungata, i sintomi attenuati o scomparsi per lunghi periodi. La prognosi lasciata a sè è fatalmente mortale.

L'esame diretto del paziente dà pochi indizi. La presenza di un tumore non è caratteristica e dipende dalla lesione causale. I segni di occlusione intestinale (distensione cecale, peristaltismo esagerato dell'emicolon destro) non sono patognomonici, o sono più frequenti nella digiuno-colica e nella gastro-colica a lesione colica. Sono più interessanti le prove attualmente però costituite dall'esame radioscopico, prove che si basano tutte sulla constatazione del passaggio rapido delle sostanze dallo stomaco al colon o viceversa.

Citiamo: *a*) vomiti da clisteri semplici o colorati (bleu di metilene); *b*) l'insufflazione del retto; *c*) insufflazione dello stomaco; dà scariche di

sostanze colorate, immesse nello stomaco. Attualmente si usano i raggi X che però possono anche fallire, insieme alle prove suddette, e gli esami vanno ripetuti più volte.

Cividali per ogni esame consiglia tre prove: ingestione, clistere, insufflazione:

a) *ingestione di bismuto*: passa direttamente nel colon; però questo passaggio può tardare anche 15-20' senza che vi sia bismuto nel tenue;

b) *clistere di bismuto*: passa direttamente nello stomaco, senza che vi sia bismuto nel tenue e nell'emicolon destro. Per Cividali i segni radiologici di fistola gastrocolica sono: *a*) dopo il pasto opaco: irregolarità dell'ombra gastrica al livello della grande curvatura del piloro e del fondo, e segni di perigastrite. Riempimento parziale o nullo dello stomaco. Riempimento del colon discendente e sigmoide qualche ora dopo quando tutto l'emicolon destro è vuoto; *b*) possibilità di far passare con la palpazione il bismuto dallo stomaco nel colon e viceversa: Presenza simultanea di bismuto nel tenue e colon distale, quando il colon prossimale è vuoto; *c*) dopo il clistere opaco: presenza di bismuto nello stomaco e nel tenue; possibilità di far passare il bismuto nello stomaco con la palpazione; *d*) insufflazione gastrica o colica: il gas passa rapidamente da un organo all'altro. Con queste prove ripetute più volte, è difficile che una fistola sfugga ai raggi X. Esistono però delle fistole assolutamente latenti che si rinvengono solo all'autopsia, ma sono molto rare.

La fistola gastro-colica si sospetta quando è presente la sindrome clinica suddetta: poche sono le affezioni che presentano una sindrome quasi identica e siccome la fistola può essere latente dobbiamo pensare anche alle condizioni etiologiche che possono stabilirla. Le coliti, le rettocoliti gravi, le forme diarroiche del cancro-gastrico si differenziano facilmente: restano l'occlusione intestinale e le diarree da gastro-enterostomia. I vomiti fecaloidi potrebbero far pensare all'occlusione, ma non esistono i segni fisici e i R. X con le prove suddette permettono la diagnosi.

Le diarree da gastro-enterostomia si prestano a confusione con la digiuno-colica, conseguente anch'essa alla gastro-enterostomia, ma nè le scariche nè le eruttazioni, nè i vomiti hanno gli stessi caratteri. Gli esami fisici faranno fare anche in questo caso la diagnosi.

Tra le affezioni capaci di generare la fistola gastrocolica: (fistola congenita di Tosi e fistole traumatiche da corpi estranei). La tubercolosi e la lues dello stomaco o del colon, gli ascessi addominali, l'ulcera gastrica e particolarmente il cancro. Bec: cancro-gastrico 35, ulcera gastrica 12; tubercolosi uno. Colon 8, ascessi addominali 5, congenita 1. Chavannaz: fistole cancerose 47; da ulcera gastrica 11; tubercolosi 5; ascessi addominali 2.

Per Cividali le fistole gastro-coliche si originano per 2/3 dal cancro del piloro. La fistola complica il cancro-gastrico nel 3.75 % o 2.77 % dei casi.

La fistola digiuno-colica è dovuta all'ulcera duodenale che complica la gastro-enterostomia (2.4 %). La prognosi e per la lesione causale (cancro) e per la fistola in sè stessa, è fatale (esperienze di Chavannaz sui cani); se curata è migliore. La cura chirurgica; nei casi gravi e cachettici si pratica il lavaggio gastrico e si dà oppio (palliativi); per la cura chirurgica è necessaria una diagnosi precoce e uno stato generale buono. L'operazione consiste idealmente nella:

a) exeresi della fistola;

b) exeresi della causa;

c) ristabilimento della continuità del tubo digestivo.

Per il metodo operatorio ci si regola a seconda della causa della fistola, dello stato generale del paziente, della sede ed estensione della lesione.

L'anatomia patologica varia con la causa: la fistola è unica in genere, ma si può trovare un tragitto a branche multiple con un solo orificio da una parte. Le dimensioni variano da un mm. alla palma di una mano. Alle volte colon e stomaco sono intimamente aderenti e il tragitto è breve. Altre volte il tragitto è lungo sinuoso interrotto o terminante in tasche intermedie. In genere sia per il tumore causale, sia per le frange grassose e per la periviscirite la fistola si trova in mezzo ad un tumore voluminoso. Il tenue è atrofico e l'emicolon destro disteso. Cividali consiglia come operazione: la digiunostomia; la colo-colostomia, l'esclusione bilaterale del segmento fistoloso, la separazione e sutura degli organi aderenti, la gastro-enterostomia. Chavannaz invece: scollamento delle aderenze e sutura degli orifici cruentati, resezione più o meno larga in caso di cancro; esclusione del colon per sezione del colon di qua e di là dalla fistola, chiusura degli orifici e ristabilimento della continuità del tubo digerente, o per colo-colostomia; digiunostomia (palliativa).

Con la prima un operato è morto; con la seconda su 5 operati 3 sono guariti (ulcera) e 2 morti (cancro).

Questi risultati sono incoraggianti considerati anche quelli ottenuti da Lowy che pratica però solo nella digiuno-colica la soppressione della gastro-enterostomia in caso di guarigione dell'ulcera ed a piloro permeabile, e in seguito resezione limitata larga con ristabilimento della continuità del tubo digerente (risultati di Lowy): morti 27 %; guariti 73 %; allontanati 31.7 %.

Sono risultati ottenuti su fistole digiuno-coliche, ma incoraggianti anche per noi perchè la natura e le indicazioni operatorie sono quasi identiche nei due casi.

Certo che la perfezione del metodo operatorio e la sicurezza che ci dà in chirurgia intestinale la resezione per non suturare poi che dei monconi sanguinanti o vitali ci autorizzano a sperare risultati identici.

T. LAURENTI.

Il volvulo del diverticolo di Meckel.

(GUIBÉ. *Gazette des Hôpitaux*, n. 19, 7 marzo 1925).

È un'affezione assai rara il *volvulus diverticuli Meckelii*, da non confondersi col *volvulus a diverticulo Meckelii* nè col *volvulus cum diverticulo Meckelii* (da considerarsi quest'ultimo come un vero epifenomeno, senza relazione apprezzabile col volvulo).

Compreso il suo caso, l'A. non ha potuto riunirne che 26 casi (2 in Francia, 11 in Germania e 13 nei paesi anglo-sassoni).

Più frequente nell'uomo che nella donna nella proporzione di 19 a 5, conforme a quanto si conosceva circa la maggiore frequenza del diverticolo presso l'uomo.

L'età maggiormente predisposta agli accidenti da diverticolo è quella che va da 0 a 30 anni.

Cause del volvulo. Rare le cause dirette: nel caso di Kryger gli accidenti si sarebbero manifestati in seguito a caduta sul basso ventre: in 3 altri casi precedè un pasto copioso o indigesto. Però se in genere non si trovano cause immediate della crisi è da segnalare nella storia clinica dei pazienti (10 osservazioni) delle turbe da parte del tubo digerente (dispepsia, crisi di peritonite, più frequentemente dolori nella fossa iliaca o nel fianco destro, manifestantisi ad intervalli varii, spesso accompagnati da vomito e interpretati abitualmente come coliche epatiche), insufficienti in verità per permettere una diagnosi precisa, ma che stanno a dimostrare come il volvulo si sia di tanto in tanto abbozzato e che la crisi terminale sia stata niente altro che una crisi più accentuata delle altre.

Anatomia patologica. Dal punto di vista anatomo-patologico dobbiamo distinguere 2 gruppi di volvuli:

a) volvuli semplici (torsione del solo diverticolo);

b) volvuli complicati (in cui, oltre la torsione del diverticolo di Meckel, esiste un volvulo dell'intestino tenue, coincidente con quello del diverticolo o dipendente direttamente dal diverticolo.

Volvuli multipli i primi, *complessi* i secondi.

Dei volvuli semplici 2 varietà: con torsione unica (diverticolo libero) o con torsione duplice (diverticolo aderente).

L'*aderenza* del diverticolo può *essere naturale* (fisiologica cioè) per la persistenza del canale onfalo-mesenterico o di una briglia vascolare o fibrosa che lo rimpiazza ovvero *patologica* per aderenza infiammatoria.

L'A. cita 2 casi di volvuli semplici e 6 casi di volvuli doppi.

Quanto poi ai volvuli *complessi*, nella rubrica dei quali regna un po' di confusione, l'A. dice che vi sono dei casi, in cui esiste una torsione del diverticolo a livello della sua inserzione sul tenue, mentre con la sua estremità terminale esso aderisce ad un'ansa del tenue stesso o meglio al suo mesentere, col quale costituisce così un vero anello erniario, in cui una o più anse si sono strozzate (tali i casi di Lance, di Von Ryger, di Milno e di Parker).

Affatto particolare un caso di Anshutz. Il diverticolo era strozzato da una briglia che lo incrociava e la parte distale era inoltre torta sul proprio asse.

Forma del diverticolo. Cilindroide (del volume di un'ansa del tenue o di una appendice ileocecale) e *ampollare* (con una specie di colletto in corrispondenza della sua inserzione all'intestino).

Il diverticolo di forma *cilindroide* raggiungeva nel caso di Dugan 27 cm. di lunghezza su 3 di calibro; quello di forma *ampollare*, nel caso di Carwardim riempiva una parte dell'addome.

Mesentere del diverticolo. Abitualmente non esiste, però qualche volta si è trovato.

Lesioni del diverticolo secondarie al volvulo. Edema, infarto emorragico, sfacelo.

EVANGELISTA.

DERMOSIFILOGRAFIA.

Patogenesi e trattamento degli incidenti della terapia con gli arsenobenzoli.

(H. GOUGEROT. *Journal des praticiens*, 7 e 14 novembre 1925).

Gli arsenobenzoli costituiscono dei rimedi indispensabili nella maggior parte dei casi per il trattamento d'assalto della sifilide, specialmente al periodo dell'ulcera; è però importante conoscere bene gli incidenti che possono aversi con tale terapia ed i loro sintomi iniziali allo scopo di porvi tempestivamente rimedio.

Vi sono incidenti locali al punto d'iniezione: trombosi venosa, infiltrato che può necrosarsi e lasciare delle cicatrici viziose od una deformità, nodosità con necrosi e fistole interminabili, ascessi o flemmoni talora gravi, nevriti con atrofia, cisti ribelli.

Di maggiore importanza sono però gli incidenti generali, sulla frequenza dei quali è assai difficile dare un giudizio perchè a malincuore se ne pubblicano i resoconti e, mentre vediamo autori che danno statistiche di 20.000 casi senza incidenti, si leggono quasi ogni settimana sui giornali dei casi disgraziati.

I GRUPPO. **Incidenti** da « shock ».

È eccezionale la sincope mortale riflessa, mentre sono abbastanza frequenti gli incidenti dei primi minuti e delle prime ore, forme ritardate della crisi nitritoide, che possono andare dal semplice rossore della faccia fino alla crisi mortale. Si vede il malato arrossire, le congiuntive sono iniettate, le vene cianosate e gonfie, la lingua può diventare edematosa, l'ugola rigonfiata dà solletico al faringe, donde la tosse secca ad accessi; vi può essere difficoltà di respiro; si osservano edemi ai piedi e alle mani, cefalea. Alla fase congestiva, che può essere appena accennata, succede quella sincopale; la facies si altera e diventa peritoneale, cadaverica; il malato accusa angoscia, il polso si rallenta e può anche scomparire per parecchi secondi interminabili e ricomparire in seguito; il malato, dopo, non risente che un malessere generale con sensazione di annientamento.

Vi sono poi delle crisi nitritoidi con localizzazioni predominanti: intestinali (senso di angoscia al cavo epigastrico, stato nauseoso, diarrea sierosa) gastriche (vomiti, talora ematemesi), polmonari (dispnea ed edema acuto), utero-placentari che possono provocare l'aborto, renali-ematuriche, radiculalgiche (paraplegia senza dolore, oppure sciatiche intense), articolari pseudoreumatoidi, emorragie viscerali ed anche del corpo vitreo. Queste crisi viscerali, di solito benigne, possono provocare la morte rapida.

Gli incidenti gravi e mortali possono essere ritardati. Dopo un paio di giorni di benessere, magari di euforia, il malato è preso bruscamente da cefalea e da vomiti ingravescenti; i fenomeni congestizi sono di estrema intensità, facies vultuosa, congiuntive iniettate, labbra cianotiche ed edematose, talora diarrea. Rapidamente si hanno crisi epilettiformi che diventano sempre più frequenti, febbre a 39°-40°, emiplegia con o senza afasia, paraplegia, meningite, coma da cui il malato può rimettersi ma che di solito è mortale. Talvolta, anche se il malato non muore, ne possono residuare disturbi gravi, quali escare, mieliti con paraplegie ed aversi poi la morte in secondo tempo.

Tutti questi fenomeni, i benigni come i gravi sono dovuti ad un vero « shock » colloidoclasico od anafilattico improvviso a cui si aggiungono, negli incidenti del 2°-3° giorno, l'intossicazione da batteriolisi e la reazione di Herxheimer. I seguenti fattori entrano nel meccanismo di produzione e cioè:

1) « *Shock* » *acido*, per la funzione fenolo degli arsenobenzoli o per l'ipoalcalinità dell'organismo. Quindi la necessità della alcalinizzazione della soluzione e di quella dell'organismo, sia preventiva (ingestione di bicarbonato di sodio nei giorni precedenti e 15 minuti prima dell'iniezione; iniezione endovenosa di 60-75 cg. di carbonato di sodio, conservato in fialette saldate e sciolto al momento in soluzione fisiologica) sia curativa (ingestione ed iniezione dopo l'iniezione del medicamento).

2) *Produzione di flocculati endovascolari nei capillari.* — Da ciò la necessità di cominciare sempre con piccole dosi ed, in caso d'intolleranza di interrompere il trattamento o di *vaccinare* il malato iniettando 40 minuti prima 1-2 cg. del medicamento. A titolo preventivo, si farà 40 minuti prima dell'iniezione di arsenico, l'iniezione di olio canforato (10 cmc. con 3 di etere), oppure, 20 minuti prima, iniezione di 1 mg. di atropina, o si diluirà l'arsenobenzolo in 200-300 cmc. di soluzione fisiologica. A titolo curativo sono consigliabili le iniezioni di olio canforato e di etere o l'ingestione di iposolfito di sodio (8-15 gr.) o meglio l'iniezione endovenosa di 45-90 cg. disciolti in 10 cmc. di acqua, da farsi ogni due giorni nei casi urgenti.

3) *Squilibrio endocrino-simpatico.* — Da ciò la necessità di esplorare tale sistema prima di intraprendere la cura e di dare preventivamente l'adrenalina e l'atropina, da usarsi anche come cura, associandole alle medicazioni sintomatiche tonicardiache e disintossicanti (diuretici, lassativi, puntura lombare, trasfusione di sangue). Parecchi di questi metodi possono essere associati.

II GRUPPO. Incidenti tossici delle prime ore o dei primi giorni per intossicazione arsenicale, batteriolisi, reazione di Herxheimer.

Trattasi di incidenti che, di solito, malgrado siano in primo tempo impressionanti, rimangono benigni. Il malato al 2°-5° giorno incomincia a non sentirsi bene; la febbre è spesso alta, lo stato generale cattivo con inappetenza, disfagia, edema palpebrale, cefalea, dolori epigastrici e toracici, talora eritema più o meno generalizzato, nausea, vomiti, diarrea ed anche emorragie intestinali. Talvolta si osservano ittero, albuminuria, tal'altra incidenti nervosi.

Tutti questi disturbi sono dovuti alle cause accennate e si può sperare di prevenirli mediante le iniezioni di dosi progressive e le iniezioni *vaccinanti;* si curano come gli incidenti gravi de:

1° gruppo; gli eritemi, specialmente con l'iposolfito di sodio.

III GRUPPO. Risveglio di infezione latente.

L'iniezione arsenicale risveglia un'infezione latente: angina, bronchite, furunculosi, erisipela, linfangiti, ascessi. La stessa patogenesi si applica agli eritemi arsenicali che compaiono al 7°-10° giorno, accompagnati a sintomi tossi-infettivi. Il trattamento consiste nell'iniezione di vaccini o sieri antimicrobici se ogni iniezione arsenicale risveglia l'infezione,

IV GRUPPO. Viscero-recidive, od incidenti viscerali tardivi misti, tossici e sifilitici.

Tutti i visceri possono essere colpiti, ma a preferenza il sistema nervoso. Si manifestano, in media 6-12 settimane dopo la fine della cura, raramente in modo brusco, il più spesso annunciati da prodromi: cefalea, dolori erratici, insonnia, disturbi intestinali leggeri. Talora si ha la guarigione, sempre lenta dopo qualche mese; altre volte si ha soltanto miglioramento oppure la stazionarietà; altre volte rimangono definitivamente o recidivano provocando la morte. Tali incidenti sono: meningorecidive, (con sindrome meningea più o meno completa, qualche volta complicata da encefalite, ictus, coma, paralisi), disturbi auricolari (dai semplici ronzii alla sordità labirintica), ed oculari (diplopia, emeralopia, indebolimento fino alla cecità) paresi o paralisi dei nervi cranici, polinevriti pseudotabetiche, mieliti di tipo diverso (specialmente paralisi ascendente di Landry). Più raramente sono presi altri visceri; ittero grave, talora mortale, nefrite, ecc.

La patogenesi di questi incidenti è controversa, poichè alcuni ammettono l'origine sifilitica, altri invece li attribuiscono unicamente all'arsenico (origine tossica). La questione è importante non dal solo punto di vista teoretico, ma soprattutto da quello pratico, poichè, ammessa l'origine tossica, ne verrebbe di conseguenza la sospensione del trattamento. L'A. ammette l'origine mista, ciò che lo porta a consigliare per la prevenzione: 1) le dosi graduali e la sorveglianza scrupolosa del malato; 2) evitare le cure troppo corte, insufficienti, gli arresti che oltrepassano un mese e gli arresti del trattamento senza cure di consolidazione. Nei malati così trattati che seguono i consigli del medico, non si vedono più comparire tali incidenti.

V GRUPPO. Incidenti di saturazione arsenicale e di intolleranza tardiva (anafilassi).

Non sono rari e consistono in: 1) dimagramento rapido (500-1000 g. per settimana) che può condurre alla cachessia arsenicale ed all'anemia perniciosa; 2) nevriti delle estremità: abolizione dei riflessi achillei, formicolio, parestesie, dolori neuralgici; 3) subittero o porpora che annunciano l'ittero tossico; 4) albuminuria che aumenta progressivamente ad ogni iniezione e che preannuncia la nefrite arsenicale, azotemia anormale che può annunciare l'uremia; 5) disturbi endocrini e specialmente surrenali; 6) pseudoreumatismi arsenicali che vanno dalla poliartralgia fino all'artrite con versamento (diffidare però degli incidenti artritici od infettivi — tubercolosi, gonococco — che sono più frequenti che non il reumatismo arsenicale); 7) prurito cutaneo e, talora eritrodermia che può generalizzarsi e passare per stati di crescente gravità, accompagnandosi a fenomeni generali. Di cattivo significato pronostico è la comparsa di porpora che preannuncia una lesione epatica e, quasi sempre la morte.

In questi accidenti tardivi, è abbastanza frequente la morte (nel 16 %) specialmente per uremia epatorenale. Quando il malato sopravvive, l'evoluzione si trascina a lungo con complicazioni. Il prurito e le ripetizioni di eczemi possono persistere a lungo e si possono avere sequele di ipercheratosi palmare e pigmentazioni.

Per il trattamento, si ricorrerà alle medicazioni sintomatiche e disintossicanti e, siccome tali malati rimangono sensibilizzati all'arsenico, si eviteranno sempre le cure arsenicali. Si deve poi distruggere la leggenda che l'eritrodermia comprovi la guarigione della sifilide, in quanto che l'A. ha osservato diverse recidive di sifilide viscerale in individui che avevano avute delle eritrodermie.

Profilassi degli incidenti arsenicali. — Invece di attendere la comparsa dei segni d'intolleranza, sarebbe desiderabile poterli prevedere. Le ricerche a tale proposito sono tuttora incomplete ed imperfette, ma si può di già temere l'intolleranza negli individui:

a) asmatici, disposti all'orticaria, intollerenti ai medicamenti, in quelli cioè affetti dalla diatesi colloidoclasica di Widal;

b) affetti da disturbi endocrini (ipo-, distiroidei, surrenali e specialmente gli ipotesi). Sarà sempre opportuno ricercare il riflesso oculo-cardiaco che rivela lo stato vagotonico e, se positivo, somministrare in precedenza dell'adrenalina e della belladonna (3 pillole al giorno, contenenti ciascuna 1 cg. di estratto ed 1 cg. di polvere di belladonna);

c) affetti da lesioni viscerali, specialmente epatiche, donde l'utilità di esplorare in precedenza la funzionalità epatica;

d) affetti da discrasie sanguigne che si rivelano con il prolungarsi del tempo di sanguinamento, l'irretraibilità del coagulo, l'ipercromicità del siero, la diminuzione delle piastrine (100,000-150,000 invece di 250,000). Praticamente, basta ricercare il tempo di sanguinamento mediante una incisione di 1 mm. al lobulo dell'orecchio, raccogliendo le gocce sopra un vetrino, senza appoggiarlo, ogni 30 secondi; il tempo di sanguinamento normale è di 3 minuti, negli intolleranti epatici ed emogenici arriva a 4-9;

e) con riserva alcalina diminuita; il dosamento di questa però è assai delicato e non è ancora entrato nella pratica corrente.

Malgrado queste ricerche, rimangono ancora degli individui in cui l'idiosincrasia rimane nascosta e non si rivela che dopo molte iniezioni. È quindi necessario stare bene attenti in modo da sorprendere i segni d'intolleranza fin dal primo inizio. Si deve anzitutto vedere bene come sono state tollerate le iniezioni precedenti, insistendo particolarmente sui segni seguenti:

1) Febbre; non aumentare le dosi se la temperatura, presa ogni 3 ore il giorno dell'iniezione, oltrepassa 38°; se però la temperatura si abbassa nelle iniezioni seguenti si potranno aumentare le dosi. Invece un segno di intolleranza che deve consigliare la rinuncia alla cura è l'aumento del massimo della temperatura quando la dose rimane la stessa.

2) Cefalea e stato nauseoso persistente all'indomani ed, a più forte ragione, nei giorni seguenti.

3) Fenomeni d'intolleranza che si producono durante o poco dopo l'iniezione: cefalea, brusca sensazione di angoscia addominale, bisogno prepotente di evacuare, diarrea sierosa, crisi nitritoide, vomiti incoercibili.

4) Fenomeni d'intolleranza delle ore seguenti: eritema, coluria, ittero, albuminuria persistente ed in aumento, perdita di peso.

In tutti questi casi, si sarà molto prudenti e, nelle forme gravi si rinuncierà addirittura alla cura o si ricorrerà a quanto si è detto in precedenza.

Durante le serie lunghe e ripetute, si dovrà temere l'accumulo di arsenico. A tale scopo, si potrà dosare l'arsenico urinario, si faranno dosaggi ebdomadari dell'urea sanguigna e si ricercheranno i segni dell'accumulo cioè: elevazione della temperatura, abbassamento progressivo del peso, abolizione dei riflessi achillei, ipersensibilità della tintura di jodio, prurito (d'importanza capitale!), eruzioni cutanee, congestione congiuntivale limitata al quadrante infero-esterno, bilaterale e simmetrica; subittero ed albuminuria.

Per prevenire gli incidenti precoci o tardivi, sono stati suggeriti molti accorgimenti di tecnica per le iniezioni, ma nonostante essi si sono avuti molte morti che non era possibile prevedere. Nella terapia della sifilide con gli arsenobenzoli occorre quindi essere molto prudenti, sorvegliare accuratamente il malato ed essere prevenuti dei segni d'intolleranza da prevedere e da combattere, pur lasciando che i tolleranti fruiscano degli indiscutibili vantaggi di questa cura.

FILIPPINI.

Sudore ed eruzioni da sudore nei lattanti.

(A. B. MARFAN. *Presse médicale*, 3 ottobre 1925, p. 1913).

L'A. si propone di dimostrare il rapporto di molte piodermiti che si osservano nei lattanti con le eruzioni da sudore.

Si può dire in generale che il lattante sano e nutrito al seno non traspira abbondantemente se non quando è troppo coperto o si trova in una atmosfera calda: il bambino nutrito artificialmente e il bambino colpito da rachitismo hanno invece una particolare disposizione ai sudori profusi i quali possono prodursi spontaneamente o sotto l'azione di cause che non provocano traspirazione nei lattanti sani, e sogliono dar luogo alle così dette eruzioni da sudore (miliaria rossa e miliaria bianca, cristallina o sudamina).

La *miliaria bianca* consiste in un minimo sollevamento circoscritto dello strato corneo prodotto da un liquido limpido e chiaro: la vescicola che ne risulta non riposa su di una base di colorito rosso ed ha l'aspetto di un grano di semolino trasparente. L'eruzione si localizza a preferenza sull'addome e sui fianchi: peraltro possono vedersi delle vescicole anche nelle pieghe di flessione delle membra. Le vescicole, il cui contenuto è fatto con tutta probabilità di sudore, si disseccano rapidamente e danno luogo ad una desquamazione talora molto notevole.

La *miliaria rubra* o *sudamina rubra* (impropriamente anche *eczema acuto disseminato, impetigo miliare*) risulta invece da minimi noduli color rosso o roseo, al cui centro si sviluppa una vescicola miliare contenente un liquido opalino o torbido con detriti di leucociti disfatti e cocchi comuni della pelle, e corrisponde quasi sempre ad un canale sudoriparo, onde la si può considerare come una *periporite vescicolosa*.

L'eruzione provoca prurito onde eczematizzazione secondaria da grattamento. Essa evolve per lo più senza febbre o con lieve alterazione ter-

mica al solo inizio, in una o più gittate, le quali spesso si ripetono per lungo tempo.

È incerto il modo con cui l'aumentata traspirazione dà luogo all'eruzione: alcuni ammettono la presenza di principi irritanti anormali contenuti nel sudore che, rammollendo l'epidermide, permettono agli stafilococchi di penetrarvi e di produrre la vescicola. Questa dunque sarebbe già un segno d'infezione prima ancora che si formino le manifestazioni piodermitiche vere e proprie: si può obbiettare però che le vescicole miliari si disseccano e rapidamente guariscono quando gli elementi caratteristici della piodermite non si presentano.

In ogni modo la *miliaria rossa* è una delle cause più frequenti delle piodermiti recidivanti dei lattanti. Sembra che il contenuto liquido delle vescicole miliari sia un eccellente terreno di cultura per gli streptococchi e gli stafilococchi i quali danno poi luogo alle diverse varietà di piodermiti a cui spesso si associa, specialmente nelle varietà pustolose, la formazione di ascessi sottocutanei.

Si comprende come fino a quando persiste la disposizione a traspirare, la cute si reinfetti e la piodermite diventi cronica e possa complicarsi con eresipele, linfangioiti, flemmoni e persino nefrite. Anche senza complicazioni peraltro tali forme di piodermiti, soltanto per la loro lunga durata possono determinare uno stato di cachessia forse dovuta al riassorbimento dei prodotti elaborati nei focolai purulenti: in tal caso il bambino dimagrisce, diventa di giorno in giorno più denutrito e finisce non di rado per soccombere ad una infezione secondaria (bronco-polmonite, diarrea coleriforme).

Fino a quando persiste la disposizione ai sudori profusi, le piodermiti sono ribelli ad ogni trattamento e recidivano malgrado tutte le cautele di asepsi e malgrado la vaccinazione. Bisogna quindi evitare di coprire troppo il bambino e di farlo soggiornare in ambienti troppo caldi: sovrattutto si cercherà di combattere il rachidismo servendosi specialmente di quei mezzi che agiscono sulla nutrizione in generale e più particolarmente su quella delle ossa e dei tessuti emo-linfatici. L'A. ne enumera tre: l'adrenalina associata ai fosfati calcici, l'olio di fegato di merluzzo e, con alcune riserve, i raggi ultravioletti. La scelta dipende dalla facilità con cui l'uno o l'altro mezzo può essere adoperato: non si dimentichi però che, quando uno di essi si mostra poco efficace, si debba passare all'altro o viceversa.

A quanto pare l'atropina non ha alcuna efficacia contro la traspirazione abituale dei lattanti.

V. MONTESANO.

IGIENE.

Malaria e risaie.

La questione dei rapporti fra malaria e risaie appassiona da tempo gli studiosi ed è di ovvia e grande importanza il duplice aspetto economico ed igienico. Contro l'eccessivo pessimismo di alcuni che vedevano nelle risaie un grave fattore malarigeno, si sono elevate le voci di altri i quali hanno osservato come nei due elementi non vi sia una dipendenza assoluta di causa ad effetto ed hanno quindi sostenuta la possibilità della scomparsa della malaria malgrado le risaie.

Un ampio studio, ricco di dati, che investe tutto il complesso problema è quello di G. Giardina: « *La malaria in risaia* », che fa parte del recente volume: « *La risicoltura e la malaria nelle zone risicole d'Italia* », pubblicato a cura dei Ministeri dell'Interno (Direzione generale della Sanità pubblica) e dell'Economia nazionale (D. G. dell'Agricoltura).

L'A., dopo aver messo in luce i rapporti fra la malaria e la risicoltura nel progressivo sviluppo di questa, fa rilevare l'evoluzione del pensiero sanitario sulla malaria nelle zone risicole. Esso, in tempi a noi vicini, si è venuto orientando diversamente dalle opinioni pessimistiche che hanno informato la legge sulla risicultura (1866) fino al giorno d'oggi in cui malaria e risaia non si considerano più come termini inseparabili di un binomio, ma si ammette che la risaia possa coesistere con un ottimo stato sanitario delle popolazioni.

Questa evoluzione non è da ritenersi basata su semplici discussioni teoriche, ma sul cambiamento reale delle circostanze di fatto. Le risaie di oggi non sono più quelle di un tempo; i cambiati modi di coltura, il diverso governo della risaia, le altre condizioni igieniche ed economiche influiscono indubbiamente sullo stato di salubrità di questa, tanto è vero che, se vi sono oggi delle risaie dove la malaria è scomparsa, ve ne sono altre (Rovigo) che hanno tuttora caratteristiche di malsania tali che trovano riscontro soltanto in quelle malarigene del passato.

È un fatto che, nella Valle Padana, la malaria, grave e diffusa nei secoli passati, è venuta gradatamente decrescendo di pari passo col progresso agricolo economico e sociale; il fenomeno si è accentuato maggiormente nei tempi più vicini, raggiungendo, nell'ultimo trentennio, una fase di ancor più decisa e manifesta attenuazione.

Certamente non è agevole determinare le cause che più direttamente hanno agito sul fenomeno, quanta parte cioè vi abbia avuta l'attenuazione naturale della malaria, quanta la bonifica agraria, quanta il progresso economico e civile e quan-

ta la profilassi diretta ed indiretta; probabilmente è dal complesso di tutti questi fattori che il fenomeno malarico è stato influenzato. La regressione è più palese e più accentuata nelle zone di più intensa risicoltura che sono anche quelle in cui la tecnica agraria è più perfezionata, cioè nei circondari di Novara, Vercelli e Mortara. Che in questi luoghi la risaia non abbia più notevole influenza malarigena, lo dimostra il fatto che, nonostante il ritorno dei malàrici di guerra, non si è avuta riaccensione epidemica.

Davanti a questi inoppugnabili e confortanti dati di fatto, sorge ora la questione se si possano allentare tutti i vincoli e disarmare in risaia la profilassi. Giustamente l'A. risponde negativamente. È anzitutto necessario tener presente la possibilità che in certi luoghi la malaria sia connessa con la risaia; le osservazioni fatte in provincia di Parma sono, a tale riguardo, interessanti e dimostrative; trattasi, in complesso, della concezione strettamente localistica, quasi parcellare della malaria, che è stata dimostrata anche per molte altre zone malariche non risicole. Inoltre si deve considerare che la legislazione antimalarica e specialmente quella sulla risicoltura, pure essendo entrata in applicazione nella fase decrescente della malaria in risaia, ha esercitato ed esercita tuttora un effetto indubbio e benefico nei riguardi sanitari e sociali. Siccome poi si è veduto che i presidi sanitari si sono dimostrati compatibili con le esigenze dell'industria e sono anzi uno stimolo di progresso per l'igiene rurale alla quale si deve sempre mirare, ne consegue che è opportuno e necessario mantenere l'attuale legislazione riguardante le risaie. Queste debbono quindi sempre essere considerate come una coltivazione vigilata agli effetti sanitari, vigilanza che va considerata non già come un impaccio al suo progresso, ma anzi come una tutela per il suo pacifico sviluppo.

*
* *

N. Vaccino, in un opuscolo edito dallo Stabilimento Arti Grafiche di Casale Monferrato, studia i rapporti fra malaria e risaie nella provincia di Novara, che è il più importante centro risicolo d'Italia. L'A. che negli Atti della Società contro la malaria ha pubblicato numerosi contributi e che ha al suo attivo 35 anni di osservazioni, dà la statistica dei malarici ricoverati negli ospedali di Novara e di Vercelli dal 1860 al 1924 e fa rilevare come la diminuzione si era iniziata già nel quinquennio 1885-1889 (1230 ricoverati invece di 3326 nel quinquennio precedente) ed ha continuato progressivamente, accentuandosi dopo il 1904 (186 nel 1905-1909 invece di 800 nel quinquennio precedente) ed arrivando a 13 nel quinquennio 1920-1924. Nemmeno il ritorno di 1602 malarici di guerra nella provincia ha ridestato focolai di malaria; i reduci guarirono in tempo relativamente breve e la mortalità e morbosità per malaria discesero considerevolmente da quelle che erano *ante bellum*.

Questa notevolissima diminuzione non può essere attribuita alle protezioni meccaniche, che sono state applicate soltanto in modo assai limitato. Nemmeno si può attribuire la diminuzione alla lotta antianofelica: di fatto, l'ambiente anofeligeno della risaia non è diminuito, anzi è aumentato di non poco negli ultimi anni per l'estensione della coltura; nè ad esso può applicarsi, per ragioni ovvie, la petrolizzazione. Le numerose bonifiche fecero bensì scomparire gli stagni e gli acquitrini, ma la risaia, come ambiente anofeligeno, rimase.

L'A., invece, mette in rapporto la diminuzione della malaria con il chinino che incominciò ad essere largamente introdotto nel 1885, quando cioè le Indie Olandesi incominciarono a diffondere i loro prodotti nel mondo, rendendo il rimedio più accessibile anche ai meno abbienti. La diminuzione si accentuò poi con la introduzione del chinino di Stato e fu più notevole nel circondario di Vercelli dove la profilassi chininica (preventiva e curativa) era stata più intensificata che nel circondario di Novara (morbosità rispettiva nel 1912; 1.7 e 10.3 per 1000).

Con il consumo largo di chinino che da anni veniva usato non solo contro la malaria, ma anche contro ogni piccolo malore, gli individui si sono venuti immunizzando; con l'indice malarico ridotto quasi a zero, si comprende che le probabilità per gli anofeli d'infettarsi sono pure scarsissime.

La risaia non costituisce più un ambiente malarigeno, tanto che si chiede da taluno l'abolizione della « zona di rispetto ». Nel 1924, l'estensione delle nuove risaie dentro la zona di rispetto fu, in provincia di Novara, di 3500 ettari, con un beneficio economico notevole avendo dato un prodotto di 37 milioni di lire. Ma l'A. si dichiara favorevole al mantenimento della attuale distanza della risaia dagli abitati, per altre ragioni quali la notevole umidità che esse portano, l'inquinamento delle acque dei pozzi, oltre alla molestia non lieve data dagli sciami delle zanzare.

fil

CENNI BIBLIOGRAFICI.

A. MEDI. *Sindromi da avitaminosi nell'infanzia.* Un volume in-8°, di pag. 199. Imola 1924. Tipografia Marchigiana.

L'importante argomento è trattato in modo chiaro e ben diviso. Il libro sarà letto con grande vantaggio da chiunque si interessi al problema delle vitamine e delle avitaminosi in rapporto all'infanzia: ne attingerà un concetto sintetico sullo stato odierno delle nostre cognizioni in proposito.

Oltre alle tipiche avitaminosi, sono trattate diverse sindromi oggi da molti ritenute in rapporto con una deficienza vitaminica; la patogenesi di esse è ampiamente discussa, mentre ricerche personali dell'A. dimostrano quale beneficio esse traggano dalla cura vitaminica.

A ragione l'A. insiste ovunque sull'importanza che nel determinismo delle varie sindromi avitaminiche spetta alla costituzione individuale del bambino.

Dopo premesse alcune nozioni generali sulle vitamine, l'A. tratta in singoli capitoli le sindromi da avitaminosi A (tra cui annovera, oltre alla xeroftalmia, anche la diarrea da farinacei, il rachitismo, e con qualche riserva la spasmofilia), quelle da avitaminosi B (beri-beri) e quelle da avitaminosi C (M. di Barlow). Fa quindi risaltare l'importanza delle vitamine per la normale ematopoiesi e il normale accrescimento. Chiudono il volume considerazioni pratiche sulla profilassi e cura delle avitaminosi.

POLLITZER.

K. BLÜHDOM. *Säuglingsheilkunde der täglichen Praxis.* II Auflage. Urban e Schwarzenberg, Berlin-Wien 1925. M. 4.50.

Nel volgere di breve tempo è questa la II edizione di un manuale di terapia delle malattie del lattante.

Alle cognizioni necessarie e generali inerenti allo sviluppo del neonato ed alle malattie che possono già avere le loro manifestazioni nei primissimi momenti della vita, segue un capitolo particolarmente utile sulla alimentazione naturale e artificiale e sulle affezioni dipendenti da difetti nella alimentazione stessa. Segue quindi la trattazione delle più importanti malattie e della loro particolare sintomatologia durante il primo anno di vita, e dei vari rimedi terapeutici che valgono a combatterle. È manuale utile non solo per il pediatra, ma anche per il medico pratico.

TR.

PIETRO BRUSA. *Sul granuloma maligno nell'infanzia.* L. Cappelli, Bologna 1925. L. 12.

Il problema diagnostico e quello eziologico del granuloma maligno hanno interessato ed interessano da parecchi anni numerosi clinici e sperimentatori, ma nelle non ancora risolte difficoltà diagnostiche e nella incertezza che tutt'ora regna sulla eziologia, ogni studio clinico corredato di diligenti e ben compiute ricerche reca un contributo particolarmente interessante ed utile. Il Brusa della Clinica Pediatrica di Bologna, dedicatosi da parecchio tempo allo studio del granuloma maligno, ha raccolto 7 casi di granuloma maligno nell'infanzia e ne riassume in questa sua pregevole pubblicazione i dati più importanti clinici. Di notevole interesse sono le ricerche di laboratorio compiute su 6 casi praticando numerose inoculazioni negli animali con ghiandole tolte con la biopia, e mantenendo in osservazione gli animali iniettati per lungo tempo. Dalle sue ricerche il Brusa è portato a concludere che se in alcuni casi può essere ammesso un legame fra granuloma maligno e bacillo di Koch, in altri (e fra questi figurano i suoi casi) esistono tutte le caratteristiche cliniche ed istologiche del granuloma maligno senza che sia dimostrabile la presenza del bacillo tubercolare nelle lesioni granulomatose.

La monografia del Brusa viene ad arricchire la serie dei lavori già comparsi sul granuloma maligno, recando il contributo notevole della sua esperienza su questa malattia nell'infanzia, ed il risultato di accurate indagini.

TRENTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il dolore nelle affezioni renali.

L'intensità del dolore può essere varia; esso talora può mancare del tutto, oppure essere assai leggero per esempio nel caso di tumore renale o di un grosso calcolo; altre volte invece è vivo, insopportabile con esacerbazioni parossistiche. Talvolta spontaneo, tal'altra invece provocato dal freddo, dalla fatica, dai cambiamenti di posizione, dalle scosse, tutte condizioni ben conosciute dal malato che soffre per un certo modo di locomozione e non per un altro.

Di solito il dolore cessa poco a poco, ma con ritorni offensivi. Può scomparire bruscamente, per esempio per migrazione di un ostacolo qualsiasi all'evacuazione del bacinetto. Basta così la sondatura di questo che evacui anche poche gocce per arrestare improvvisamente il dolore. Questo poi può essere continuo od a crisi ed è importante far precisare al malato le condizioni in cui si producono le crisi.

Il dolore renale, spontaneo o provocato, può essere riconosciuto nei punti seguenti: 1) angolo costo-muscolare, formato dal margine della massa sacro-lombare e l'ultima costa percettibile; 2) regione sottocostale in avanti dell'estremità anteriore della decima costola, con sede un po' all'esterno del punto doloroso vescicolare; 3) parete addominale anteriore; il punto ureterale superiore si trova a livello del bacinetto o dell'estremità superiore dell'uretere; il punto paraombelicale sta all'interserzione di una linea orizzontale che passa per l'ombelico e di una verticale che passa per il punto di Mac Burney; il punto ureterale medio è situato un po' al disopra del terzo della lunghezza della linea che riunisce le due spine iliache antero-superiori; il punto ureterale inferiore deve essere cercato con l'esplorazione rettale o vaginale e si distingue da quello della cistite (che occupa il collo ed è mediano) per la sua posizione laterale.

O. Pasteau (*Journal de médecine e chirurgie pratiques*, 10 febbraio 1925) osserva che il dolore renale può irradiarsi verso le regioni dorso-lombare o lombo-sacrale ed, il più spesso, lungo l'uretere, dal rene alla vescica. Si possono avere anche dolori gastrici e vomiti e dolori a distanza (punti sopra ed infraspinoso, inguinale, sopra-iliaco laterale). Generalmente è il rene malato che soffre maggiormente, ma non sono rari gli esempi di dolore crociato.

Il dolore è dovuto alla congestione del rene, alla distensione del bacinetto, aumenta con l'infezione e varia di intensità secondo la sensibilità dell'individuo; i dolori a distanza sono di origine reflessa. Si devono differenziare da quello renale i dolori reumatici (lombaggine), rachidiani (morbo di Pott), epatici, intestinali, appendicolari, ciò che si può ottenere solo con un esame completo del malato.

Non si deve però aspettare la comparsa del dolore per pensare ad una lesione renale, poichè i tumori renali sono indolori, la tubercolosi renale può essere pochissimo dolorosa. La litiasi renale, l'infezione semplice, la distensione pielica sono le cause ordinarie del dolore.

Oltre al trattamento causale, il dolore renale può essere attenuato con il ghiaccio, i rivulsivi, il salasso locale, gli impacchi umidi caldi. Alla distensione del bacinetto si ovvia con le semplici lavature della vescica, ma meglio ancora con il cateterismo ureterale. Il dolore dell'infezione si combatte con le bevande calde, (se il bacinetto si svuota bene), con gli antisettici esterni; diffidare dei balsamici ad alte dosi che congestionano il rene. Si possono dare degli analgesici, stando però in guardia per la morfina. *fil.*

Un nuovo indice per la misura della funzionalità renale.

Basandosi sul principio che in ogni lesione del filtro renale tutte le sostanze che normalmente passano dal sangue nell'orina tendono a invertire i loro rapporti, Italo Bettoni (*L'Ospedale Maggiore*, n. 8, 31 agosto 1925) propone come indice di funzionalità renale la determinazione della diastasi nel sangue e nelle urine e il loro rapporto o indice diastasico.

I valori vengono calcolati in U. D. (unità diastasiche) secondo una tecnica molto semplice riferita dettagliatamente. Riferisce 50 esami eseguiti in pazienti con diverse affezioni renali, nei quali i valori dell'indice diastasico si accordarono con quelli dell'azotemia e della costante di Ambard. Pare quindi all'A. che la prova corrisponda e che possa servire, come controllo, alle altre più usate e in quei casi nei quali in ben note contingenze la prova della ftaleina o la costante di Ambard non siano eseguibili.

M. A.

Un metodo semplice per l'esplorazione del potere funzionale dei due reni.

È noto da molto tempo che se si prendono la seconda e la terza decimale della densità dell'urina come cifra intiera, e se si moltiplica questa cifra per il coefficiente fisso di Haeser: 2,33 si ottiene con una approssimazione assai esatta il peso totale delle sostanze disciolte nell'urina, espresso in grammi per litro.

Se poi si determina per evaporazione e calcinazione in presenza di acido solforico il peso delle ceneri, si può dedurne per differenza della cifra precedentemente stabilita il peso delle sostanze organiche disciolte in un campione dato di urina.

Queste due ricerche semplicissime costituiscono il metodo di Pregl (*Wiener Klinische Wochensch.*, n. 24, giugno 1925). Questo metodo permette le seguenti deduzioni: 1) la quantità delle ceneri e delle sostanze organiche eliminate sono le stesse per i due reni, anche essendo vario il volume dell'urina dei due lati si può eliminare ogni lesione renale; 2) se uno dei due reni elimina meno sostanze disciolte dell'altro, ma il rapporto tra ceneri e materie organiche è press'a poco uguale dai due lati, non vi sono cioè che delle differenze quantitative, ma non qualitative tra i due reni, si tratterà: o di un cateterismo imperfetto, o di un'anuria riflessa, o di un ostacolo meccanico alla escrezione urinaria (calcolo, tumore o ascesso freddo che comprime l'uretere, o lesione renale parcellare, per es., tubercolo); 3) le urine dei due reni differiscono anche dal punto di vista qualitativo: allora si deve concludere per una lesione di quel rene che elimina minore quantità di sostanze organiche in rapporto alle ceneri minerali.

Haberer che applica da lungo tempo questo metodo di indagine funzionale, dice che esso gli ha dato indicazioni sempre precise. Afferma che dal lato clinico il metodo di Pregl non lascia a desiderare ed è superiore alla prova dell'indigocarminio e della florizina. L'A. cita numerosi esempi in cui il metodo fu assai utile.

L. TONELLI.

L'indicanemia, sue relazioni con l'insufficienza renale e con la disintegrazione degli albuminoidi.

L'eccesso d'indacano nel sangue degli uremici è oggi un fatto noto, dopo i lavori di Obermeyer e di Popper. Con la tecnica del Jolles con l'acido tricloro acetico e col timolo si è potuto vedere che mentre l'indacanemia nei soggetti normali non sorpassa mai 0,18 milligr. per cento, negli uremici l'indacano può raggiungere perfino i 10 milligr. per cento.

Poichè Klein (*Med. Klinik*, 22-29 maggio 1925) ritiene utile la ricerca dell'indacano nella pratica corrente, propone una tecnica, simile a quella del Jolles, che richiede però una quantità di sangue minima ed anche minor tempo.

Si diluiscono a parti uguali 1 ½ cmc. di siero con acqua distillata, indi si aggiunge goccia a goccia acido tricloroacetico al 20 %, in quantità uguale a quella del siero diluito.

Si filtra l'albumina precipitata; al filtrato si aggiungono 7 goccie di timolo al 5 %, poi una quantità di reattivo di Obermeyer (percloruro di ferro) uguale alla quantità di siero utilizzato. Dopo 2 ore si agita con cloroformio · la colorazione violetta ottenuta, misura, con la sua intensità, l'importanza della indacanemia.

Al pari dell'urea del sangue, l'indacanemia aumenta nell'insufficienza renale, tuttavia vi sono casi nei quali, malgrado l'insufficienza, l'indacanemia manca: ad es., nefrite idropigena, coma diabetico, insufficienza epatica. Ciò sembra dovuto per il considerevole aumento delle disintegrazioni proteiniche che si producono in tali circostanze e che nuociono alla solfo-coniugazione e alla coniugazione glicuronica.

È importante tener conto di questi fatti nelle ultime fasi dell'uremia: è frequente infatti vedere come in tali momenti l'azoto residuo aumenta sempre più, mentre che il tasso dell'indacano, come quello dell'urea, non aumenta, o anzi diminuisce.

A. POZZI.

CASISTICA E TERAPIA.

Forme cliniche dell'obliterazione arteriosa degli arti.

P. Paupert-Ravault (*Thèse de Paris* e *Presse médicale*, 4 luglio 1925) distingue le manifestazioni seguenti:

Disturbi ischemici. Gangrene estese oppure parcellari distali, gangrene umide, disturbi di ipoirrigazione permanente senza gangrena. Si hanno anche retrazioni muscolari ischemiche consecutive a certe obliterazioni arteritiche spontanee, che rispondono a focolai di necrosi asettica dei muscoli, veri infarti.

Claudicazione intermittente. È un'insufficienza circolatoria, latente nel riposo, rivelata dallo sforzo ed aggravata da uno spasmo vasocostrittore concomitante.

Fenomeni dolorosi e nevritici, specialmente le forme dolorose pure (nevriti ischemiche dolorose).

Crisi vasomotrici, che attestano uno squilibrio vasomotore periferico; si tratta, ora di sindromi atipiche di Raynaud o di crisi dolorose con edema di colore carminio, simulanti l'eritromelalgia.

Flebiti associate. Fra tutte queste manifestazioni, non esiste uno stretto parallelismo. Si tratta di fenomeni di specie differenti che si spiegano, gli uni con l'ostacolo meccanico, gli altri con una perturbazione dell'innervazione vasomotrice, gli altri col risentimento della lesione arteriosa sui nervi e sulle vene. Così, le arteriti che danno la claudicazione intermittente e la sindrome di Raynaud non sono sempre le stesse che danno i disturbi ischemici e le gangrene.

I sintomi, così associati, possono raggrupparsi nei seguenti tipi clinici:

1) Embolie, relativamente rare in confronto della grande frequenza delle trombosi da cui sono spesso difficili da distinguere.

2) Arteriti acute delle malattie infettive.

3) Arteriti senili, che possono realizzare, ora delle sindromi ischemiche acute con gangrene estese, ora delle sindromi ad evoluzione lenta, con claudicazione intermittente e gangrene distali. Queste arteriti sono dovute a tre condizioni, cioè all'ateroma della tunica media, all'endoarterite obliterante ed alla trombosi endovascolare.

4) Arteriti giovanili o precoci, in cui la lesione predominante è la trombosi con organizzazione connettiva secondaria del coagulo, l'ateroma e le lesioni parietali sono minime o mancano.

5) Arteriti dei diabetici, che sono delle banali arteriti senili o presenili le quali per il terreno su cui si sviluppano, acquistano speciali particolarità (tipo settico, gangrena umida).

Dal punto di vista della patogenesi, i processi arteritici risvegliano l'idea di malattie setticemiche; considerando a parte l'arterite sifilitica, è probabile che si tratti di infezioni sanguigne più o meno lente, a forma trombosante ed a localizzazione arteriosa. *fil.*

Il trattamento ambulatorio dell'ulcera varicosa.

Consiste nell'avvolgimento dell'arto con fasce di mussola abbastanza forti, bollite, arrotolate, strizzate e poi immerse in una pasta preventivamente rammollita a bagno-maria. La pasta può essere quella di Unna: glicerina, acqua, ana g. 40; gelatina, ossido di zinco ana g. 10. Si può usare la formola seguente (Audibert e Fournier): gelatina, ossido di zinco, polvere d'amido, ana g. 10; glicerina, acqua ana g. 40; Silicato di potassio g. 100.

La preparazione di queste paste esige una certa accuratezza. Si mette a rammollire la gelatina, tagliata in pezzi nella quantità indicata di acqua, mentre d'altra parte, si stempera l'ossido di zinco nella glicerina. Dopo una nottata, si mescola tutto e si porta all'ebolizione, molto lentamente, completando poi il peso totale con dell'acqua. L'applicazione della pasta rammollita si fa come per l'ambrina, o meglio come si è accennato per imbibizione delle fasce.

La ferita ed i margini vanno accuratamente ripuliti ed eventualmente cosparsi con una polvere inerte, applicando poi della vaselina per evitare che la pasta strappi i peli. I margini della piaga possono essere ricoperti da strisce di diachilon, i bottoni esuberanti si cauterizzano con nitrato d'argento. L'operatore farà bene a calzare dei guanti di gomma per evitare l'appiccicamento della pasta alle mani. Si incomincia poi l'applicazione della fascia, principiando dai pollici, fino al ginocchio senza risvolti, con fasciatura circolare non troppo stretta. Si può ricoprire il tutto con una fascia leggera.

Il malato, nell'ora che segue la fasciatura farà qualche movimento per assicurare l'elasticità della medicazione ed, in seguito, potrà e dovrà attendere alle sue occupazioni, in quanto che la marcia è una condizione essenziale per il trattamento. Si rinnoverà la fasciatura ogni 3-4 giorni se la suppurazione è abbondante ed ogni otto giorni nei casi favorevoli. La fascia si leverà con delicatezza per evitare di ledere i tessuti neoformati. In queste condizioni, un'ulcera di media grandezza cicatrizza in un mese circa. Le recidive sono rare e possono evitarsi portando una fascia elastica.

(*Journ. de méd. de Paris*, 29 agosto 1925). *fil.*

Il valore del trattamento specifico nella sifilide cardiovascolare.

È ormai ben conosciuto come con l'infezione luetica iniziale le spirochete si disseminino in tutti i tessuti, compresi il cuore e l'aorta, e spesso si verificano dei disturbi cardiovascolari molto prima del cosidetto stadio terziario.

Nè si può fare eccessivo assegnamento sulla reazione di Wassermann, che può riuscire negativa anche quando la clinica ha svelato un'aortite, un aneurisma, o un'insufficienza aortica.

Per combattere la sifilide cardiovascolare il medico dispone dei soliti rimedi antiluetici, cioè dell'arsenico, del mercurio, del bismuto e degli ioduri.

L'arsenico dà certamente dei resultati sorprendenti, ma si devono scegliere con attenzione i casi, per non incorrere in spiacevoli incidenti. Saranno così esclusi dalla cura arsenicale i pazienti troppo vecchi, quelli con aneurismi voluminosi, o con disturbi circolatori accentuati.

Il mercurio resta sempre un rimedio ottimo in ogni forma di sifilide viscerale, e sarà amministrato sia per via endomuscolare che per frizioni, curando attentamente l'igiene della bocca.

Il bismuto è anche ben attivo nella sifilide cardiovascolare, e vi si può ricorrere con fiducia nei casi in cui non è prudente usare i composti arsenicali.

L'ioduro di potassio, infine, conserva il suo posto come per il passato, ma ancora non è stato stabilito con precisione in che modo agisca.

Bisogna poi distinguere, perchè il trattamento riesca efficace, i casi recenti da quelli avanzati.

Nei primi gli arsenobenzoli devono avere la preferenza. Nella sifilide cardiovascolare accade tuttavia di rado che si riesca a sorprendere l'infezione nei primi stadi.

In ogni modo D. I. Goldberg (*Boston Med. Sur. Journ.*, ottobre 1925) consiglia di cominciare con una breve serie di sei iniezioni endomuscolari di mercurio o di bismuto; poi si praticheranno settimanalmente delle iniezioni endovenose di arsenobenzoli, in numero di 6-10, somministrando in pari tempo ioduro di potassio a dosi crescenti. Dopo

un riposo da 6 settimane a 2 mesi si inizieranno per 3-4 o più volte identiche serie. Nei casi avanzati si sarà più prudenti, prolungando il trattamento mercuriale o bismutico.

Per quel che riguarda gli effetti immediati della cura si può dire che le iniezioni ripetute di arsenobenzoli fanno rapidamente scomparire il dolore precordiale, la dispnea parossistica, e l'angina pectoris. Così pure il blocco cardiaco di origine luetica e gli scompensi di cuore degli adulti tra i 30 e i 40 anni che non hanno sofferto di reumatismo sono suscettibili di deciso miglioramento in seguito alla cura specifica.

Questa ha inoltre il potere di esercitare azione preventiva, arrestando l'endoarterite dei vasi periferici, specie cerebrali, e impedendo di conseguenza le trombosi e le emorragie.

Si può in linea generale affermare che, stabilita la diagnosi di aortite, la durata della vita è di circa tre a uno in favore dei pazienti che iniziano senz'altro la cura arsenobenzolica.

M. FABERI.

Aneurismi e sifilide.

Da una statistica di 56 casi (E. Brookland, *Brit. med. Journ.*, 3 ottobre 1925) risulta che solo in 4 casi la R. W. fu negativa: però in due di questi la storia di lues era evidente, e gli altri due lasciavano qualche dubbio sulla diagnosi: uno anzi era certamente un tumore mediastinico. La massima parte di questi aneurismi diedero segno di sè tra 40 e 60 anni.

Da una statistica anatomo-patologica di 200 casi risulta che oltre l'86 % spetta ai maschi: la massima parte vennero a soccombere tra i 30 e i 50 anni. L'A. nota che entro questi limiti di età si ha pure la massima mortalità per tabes e paralisi generale. Il 40 % dei casi di aneurismi sono morti in seguito a rottura, e circa il 40 % per improvvisa insufficienza cardiaca; il 20 % per altre cause.

DORIA.

Claudicazione intermittente e suo trattamento.

L'etiologia è ancora sconosciuta. Alcuni casi non sono che un epifenomeno nel corso di un processo ateromatoso generalizzato ed allora la claudicazione intermittente è un sintomo premonitore della gangrena senile. In altri casi essa invece è l'unico disturbo e può conservare a lungo i suoi caratteri. La sifilide è stata incriminata per circa il 30 % dei casi, ma il trattamento specifico è raramente efficace; il tabagismo non si ritrova che raramente. L'ipercolesterinemia è costante, ma difficile è determinarne i rapporti.

Le ricerche anatomo-patologiche mostrano dei fatti differenti; sembra che non vi sia sempre arterite obliterante onde è meglio parlare in tali casi di arterite stenosante. Lo sfacelo, i dolori si spiegherebbero per uno spasmo sopraggiunto.

Il trattamento della causa sarà praticato allorquando essa è conosciuta, in caso contrario la cura sarà sintomatica.

I vari dilatatori: nitriti, diatermia, citrato di sodio portano a volte qualche miglioramento.

La simpatectomia dà dei risultati incostanti ed effimeri: distruggendo i filetti sensitivi, attenua i dolori.

A. POZZI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Natura e costituzione delle emazie.

A. Gough (*Biochemical Journal*, v. XVIII, n. 1) ha studiato sperimentalmente il problema e viene alla conclusione che l'emazia va considerata come una goccia fluida, specialmente in considerazione dei fatti seguenti: 1) i cristalli di emoglobina si separano liberamente nell'interno del corpuscolo rosso; 2) il corpuscolo assume la forma sferica quando si trova in una soluzione ipotonica; analogamente accade nella soluzione isotonica, mentre nel siero assume la forma discoide; 3) bastano forze lievissime per produrre delle deformazioni.

Il contenuto dell'emazia è dato per il 30 % da solidi, quasi tutti costituiti da emoglobina; solo l'1 % delle sostanze solide è costituito da lipoidi. Tale contenuto forma un sistema colloidale idrofilo. Il cambiamento di volume in soluzioni di differente concentrazione dimostra che la fase continua (sali ed acqua) costituisce un terzo, mentre gli altri due terzi sono dati dalla fase dispersa (sali, emoglobina, acqua).

La pellicola superficiale di rivestimento contiene dei lipoidi allo stato solido; ciò è dimostrato dall'apparenza microscopica delle ombre di emazie (che si ottengono laccando il sangue con l'aggiunta di acqua) e dall'azione agglutinante dei cationi polivalenti in soluzioni diluitissime. La permeabilità della pellicola superficiale è stata l'oggetto di molte ricerche. Vi sono sostanze che passano liberamente (acqua, urea, alcool, eteri, esteri ed alcuni sali d'ammonio); altre che passano gradatamente (glicerina), altre molto lentamente (la maggior parte dei sali neutri), altre infine che non passano del tutto (zuccheri). La permeabilità viene diminuita dagli agenti fissatori; l'aumento di permeabilità dà per risultato l'emolisi. Tutte le varietà di emolisi possono essere spiegate come dovute alla desintegrazione del rivestimento del corpuscolo.

I vantaggi della forma discoide consistono nel minor posto occupato e nella maggior superficie in confronto della sfera. Di fatto, una sfera dello stesso volume del corpuscolo dovrebbe avere un diametro di circa 5 micron ed avrebbe una superficie il 20 % minore dell'emazia. In questa, inoltre ogni punto non dista dalla superficie più di micron 0.85 (se essa avesse la forma sferica si avrebbero distanze di micron 2.5) ciò che favori-

sce indubbiamente i processi di diffusione. La forma caratteristica dell'emazia è dovuta all'equilibrio di due forze, cioè della tensione delle superfici liquide che tendono alla forma sferica e delle forze repulsive fra le particelle disperse del contenuto corpuscolare.

La formazione delle emazie crenate sarebbe da attribuirsi alla protrusione del contenuto attraverso delle aree più deboli del rivestimento. Questo, almeno all'osservazione microscopica, appare del tutto uniforme; però, col trascorrere del tempo e con l'abbassamento della temperatura, è possibile che si verifichi qualche cambiamento nelle micelle della pellicola; in qualche parte si avrà un addensamento, in qualche altra invece una rarefazione. Attraverso queste ultime tende ad uscire il contenuto, spinto dalla pressione interna; basta poi aumentare la temperatura od aggiungere una traccia di acido o di alcali, perchè le micelle si allarghino nuovamente e l'emazia riprenda la sua forma originale. *fil.*

VARIA.

L'aviazione sanitaria.

L'aviazione sanitaria ha ormai oltrepassata la fase di tentativo ed è entrata nell'applicazione pratica. Durante la grande guerra, si eseguirono trasporti di feriti nella ritirata di Serbia; in seguito poi, con lo svilupparsi ed il diffondersi dell'aviazione, anche quella sanitaria si venne completando. La Francia ha risolto il problema per le colonie (Siria, Cilicia) di trasportare cioè i feriti attraverso regioni desertiche dove non esistono strade, fino agli ospedali di base; nel Marocco fu organizzata durante azioni belliche in grande stile, l'evacuazione dei feriti per le vie dell'aria, fino a raggiungere la quota di 2000 metri, salvando delle vite che sarebbero state altrimenti irrimediabilmente perdute. La Croce Rossa svedese ha istituito un trasporto sanitario aereo nel nord della Svezia, gli Stati Uniti e l'Inghilterra hanno in servizio dei velivoli militari, altre nazioni sono sulla via di realizzare tale importante servizio. L'Italia ha al suo attivo i tentativi maravigliosamente riusciti di trasportare mediante i « Caproni » molti feriti dalle zone di Giose e di Bir-Ghnem all'ospedale di Tripoli, in un'ora di volo, mentre sarebbero stati necessar tre giorni a dorso di cammello.

In riguardo ai tipi di aeroplano da adottare, il gen. prof. C. Baduel, direttore generale della C. R. Italiana, (*Riv. della C. R. I.*, 1925), ritiene che se ne dovrebbero avere tre: uno leggero, capace di trasportare un malato in barella entro la fusoliera trasformata in cabina ed un altro malato, seduto, od invece, occorrendo il medico o l'infermiere. L'apparecchio dovrebbe essere a motore di debole potenza, ma con un raggio d'azione considerevole, dotato di grande stabilità e di facile manovra, capace di elevarsi e di prendere terra in uno spazio relativamente ristretto ed in terreno non preparato, con dispositivi speciali per un dolce atterramento e con la possibilità di sostituire le ruote con « galleggianti » per la trasformazione in idroplano od anche degli ski per atterrare sulla neve.

Col tipo medio, vi sarebbe la possibilità di trasportare due malati ed il medico o l'infermiere. Vi sarebbe poi il tipo di grande rendimento, capace di trasportare parecchi ammalati e di percorrere lunghe distanze.

L'aeroplano sanitario deve essere costruito ex novo e non si può adattare nè ridurre un aeroplano militare a sanitario. Parecchi particolari vanno poi specialmente studiati a cominciare dal tipo delle barelle che devono essere non molto grandi e con manici rientrabili; si dovrà poi pensare al riscaldamento elettrico ed alla ventilazione delle cabine, al collocamento di un piccolo armadio per pochissimi, ma urgenti soccorsi. Una questione di grande importanza è quella dei campi di atterramento, ma è da prevedersi che, per l'avvenire, sarà convenientemente sistemata, mentre d'altra parte gli atterramenti di fortuna non presentano oggi grandi difficoltà.

È ovvio che il personale di volo deve essere accuratamente scelto, sia per quanto riguarda i piloti, sia per il personale sanitario che deve avere un'opportuna preparazione ed aver subito un accurato esame psico-fisiologico per determinare la sua attitudine.

I feriti ed i malati trasportati non hanno cognizione nè della lunghezza del viaggio, nè dell'altezza raggiunta; non è mai stato rilevato alcun disturbo per la differenza di pressione barometrica nei feriti, nei tifosi, negli emottoici nè in individui affetti da forme acute respiratorie, come i polmonitici. Qualcuno sofferse nei viaggi movimentati per le burrasche aeree e per il beccheggio dell'apparecchio; il freddo è combattuto efficacemente col riscaldamento della cabina e con le coperte-termoforo.

L'aziazione sanitaria è destinata a rendere importanti servizi anche nelle grandi calamità e nei pronti soccorsi. Essa è largamente usata dalla C. R. Svedese ed anche in Francia, in America, ecc. La C. R. Italiana ha studiato un proprio tipo di aeroplano, sul quale ha riferito il prof. Alessandri al Congresso di Medicina e Chirurgia militare di Parigi nel 1925.

Una questione assai delicata da trattare è quella della neutralizzazione degli aeroplani sanitari, tenuto conto che rimane facile al personale sanitario durante i voli per la ricerca dei feriti lo scoprire le posizioni nemiche e dare così informazioni del più alto interesse bellico. Sarà quindi indispensabile che una Convenzione internazionale fissi le norme in modo da assicurare che il servizio sia ad esclusivo benefizio dei feriti e non possa venire sospettato in nessun modo. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXIV. — Nuove condizioni per le nomine ad impieghi provinciali e comunali e speciali poteri del Prefetto per provvedimenti disciplinari.

Ci è stato chiesto se le disposizioni del D. L. 23 ottobre 1925 n. 2113, siano applicabili agli impieghi tecnici sanitari. Trattandosi dell'interpretazione di una norma di carattere generale, ne trattiamo brevemente in questa rubrica.

L'art. 2 del citato decreto dispone così: « È data facoltà al Prefetto di adottare, col procedimento di cui all'art. 43 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2839, sanzioni disciplinari a carico dei segretari, impiegati, agenti e salariati che svolgono azioni incompatibili con le generali direttive politiche del Governo.

« La sanzione disciplinare applicata dal Prefetto in base al motivo previsto dal presente articolo costituisce provvedimento definitivo ».

Soggiunge l'art. 3: « I requisiti di cui ai nn. 2, 3 e 4 dell'art. 162 della legge comunale e provinciale sono richiesti per la nomina a qualunque posto di impiegato, agente o salariato, in servizio di Provincie o di Comuni.

« Non possono essere nominati ai posti di segretari, impiegati, agenti o salariati in servizio di detti enti coloro che risultano aderenti ad associazioni od organizzazioni tendenti a sovvertire l'ordinamento politico dello Stato o che svolgono *notoriamente* azione incompatibile con le generali direttive politiche del Governo.

« Ai segretari ed agli impiegati delle Provincie e dei Comuni è esteso il disposto degli articoli 5 e 6 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2960, circa l'obbligo del giuramento, che sarà prestato rispettivamente dinanzi al Presidente della deputazione provinciale od al Sindaco ».

È da ritenere che queste disposizioni si riferiscano anche al personale sanitario, perchè il decreto non fa distinzioni e disciplina un particolare caso di provvedimento disciplinare e speciali requisiti personali con riferimento alla nomina a qualunque posto di impiegato, agente o salariato in servizio di Provincie o di Comuni.

D'altra parte, la finalità della disposizione riguarda tutti gli impieghi, in considerazione della natura del rapporto di diritto pubblico che si istituisce tra impiegati ed enti e indipendentemente dall'obbietto specifico della prestazione: sia essa di carattere amministrativo o tecnico.

La formula « provvedimento definitivo » significa che contro di esso è ammesso ricorso direttamente al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale per incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere.

Circa « l'azione incompatibile con le generali direttive politiche del Governo » il decreto specifica, agli effetti della inidoneità alla nomina, la condizione della *notorietà*, la quale riguarda evidentemente *manifestazioni pubbliche*.

La stessa condizione non è esplicitamente prevista per i provvedimenti disciplinari attribuiti al potere del Prefetto: ma è da ritenere che la repressione presupponga manifestazioni pubbliche e non semplici *stati d'animo*: anzi, nell'uno e nell'altro caso, il decreto considera il fatto di chi *svolge azione*.

Altro elemento caratteristico è la *continuità*, insito nel concetto e nel fatto dello *svolgimento di un'azione*. Un apprezzamento, un giudizio, una manifestazione, in genere, non può essere sufficiente nè ai fini del provvedimento disciplinare nè agli effetti della inidoneità alla nomina, essendo necessario l'accertamento positivo di manifestazioni pubbliche che importino lo sviluppo di un'azione contraria alle generali direttive politiche del Governo.

Questi limiti hanno particolare importanza, essendo possibile, in materia così delicata, che interessi, passioni e risentimenti personali o traggano in errore le amministrazioni degli enti locali o le inducano a deviazioni deplorevoli.

L'abuso deve essere frenato energicamente, per un'alta considerazione di giustizia e nell'interesse stesso dei pubblici servizi dai quali potrebbero essere allontanati i più idonei con espedienti che purtroppo l'esperienza ci fa considerare non infrequenti e perciò temibili quando si tratti di attività di enti locali.

Finalità del decreto è la eliminazione o la esclusione dai pubblici impieghi di coloro che svolgono notoriamente una determinata azione politica: ma, in concreto, non basta una semplice affermazione o un apprezzamento subbiettivo: è necessario specificare e provare fatti ed elementi positivi. Soltanto a questa condizione si può usare del potere.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Funzionamento dei Consorzi antitubercolari.

La Direz. gen. della S. pubbl. ha diramato una circolare in data 2 febbraio 1926; la pubblicheremo in un prossimo numero.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. — Vice direttore dell'Uff. comun. di Igiene e due condotte per frazioni; alle ore 18 del 31 mar.; età lim. 35 a. Chiedere annunzio. Pel 1° posto L. 11,000 e bienni di L. 300 fino a lire 14,000, oltre assegno di L. 1000 serv. disinfezioni e isolam. e L. 3600 coadiut. Istituto antirab. Per gli altri due posti L. 10,000, bienni di L. 300 fino a L. 13,000 oltre L. 3000 cavalc. Serv. entro 15 gg.

BARBONA (*Padova*). — Al 31 mar.; vedi fasc. 7.

BENGASI. *Municipio*. — Ufficiale sanitario. Scad. 20 apr. Vedi fasc. 8.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Ispettrice; L. 5000, vitto, alloggio, L. 400 assegno serv. e L. 1700 c.-v.; età lim. 35 a.; biennio di prova; titoli: servizio di capo infermiera o di sorvegliante di alberghi, case di cura, stabilim. termali; conoscenza di una lingua estera, ecc. Chiedere annunzio.

BRESCIA. — Cond. per Volta Folzano, a tutto il 20 mar. Età lim. 35 a. L. 9000 e 5 quadrienni di L. 1000; addiz. L. 3 oltre 1000 pov.; ambul. L. 800; trasf. L. 1500; serv. att. L. 2300; c.-v. L. 1200 se coniugato, L. 780 se celibe. Serv. entro 15 gg.

CASALE MONFERRATO. *Ospedale Civile di Santo Spirito*. — Primario di radiologia e terapia fis.; tit. ed eventualm. esami; L. 10,000 e quinq. dec.; 50 % introiti abbienti; assicur. Inibito esercizio della specialità fuori dell'Osped. Scad. 31 marzo. Docum. all'Ammin. (via Giovanni Lanza 32). Età lim. 40 (45 se per 5 anni in cliniche univers. od osped.). Tassa L. 50.15. Chiedere annunzio.

CHIUSI IN CASENTINO (*Arezzo*). — Scad. 27 mar.; 2ª cond. per 1860 ab. in 6 fraz., con 60 fam. pov.; L. 10,000 oltre L. 2000 spese cavalc. e L. 2000 c.-v.; 4 quadr. dec. Età lim. 40 a.

CINGOLI (*Macerata*). — Proroga chirurgo e direttore del Civico Ospedale (per la sola parte chirurgica) L. 10,000, oltre cavalc. in L. 500 e c.-v.

MACERATAFELTRIA (*Pesaro*). — A tutto il 25 mar.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; stip. L. 8000 e sessenni dec., oltre c.-v., L. 500 uff. san. e L. 500 ospedale; L. 3000 cavalc.; addizionali di L. 2 e di L. 3 oltre 500 e 1000 pov. Serv. entro 20 gg.

MONDRAGONE (*Caserta*). — Scad. 30 mar.; 2ª cond.; L. 7000 e 5 quadr. dec.; età lim. 40 a. Tassa L. 50.

PIANDIMELETO (*Udine*). — Consor. 3 com.; L. 7000 e 10 bienni ventes.; cavalc. L. 3000. Scad. 31 mar.

POSTIGLIONE (*Salerno*). — Scad. 10 apr.; L. 7000 pel 20 % popolaz.; addizion. L. 5; quattro quadr. dec.; L. 500 serv. detenuti; L. 500 uff. san.

RECANATI (*Macerata*). — Per Montefiore Bagnolo; a tutto il 15 apr.; kmq. 31; ab. 4055; L. 8000 e tre aum. decimo; computo servizio prestato in altri Comuni; L. 2500 cav.; c.-v.; in corso approvaz. aumento e addizion. oltre il 25 % della popolaz. Tassa L. 50. Età lim. 30 a.

TARCENTO (*Udine*). — A tutto 31 mar.; ab. 6748, iscritti 634; L. 9000 e 6 quadr. dec.; L. 500 serv. att.; L. 1000 trasp.; doppio c.-v.; se uff. san. L. 1000. Chiedere avviso.

VITERBO (*Roma*). *Ospedal Grande degli Infermi*. — Due med.-chir. assistenti. Scad. 31 mar. Età lim. 30 a. L. 7000 oltre L. 1200 c.-v., camera, vitto nei giorni di guardia. Biennio di prova. Serv. entro 10 gg. Chiedere annunzio.

VITULAZIO (*Caserta*). — Cond. med.-chir. ostetrica; L. 7000 e c.-v.; età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Docum. soliti. Chiedere bando Comune. Scad. a 30 gg. dall'8 marzo.

CONCORSI A PREMIO.

Premio Tommaso De Amicis.

La Società italiana di dermatologia e sifilografia bandisce il concorso per il 1927. Il premio di L. 2000, non divisibile, sarà assegnato all'autore del migliore lavoro a giudizio della Commissione esaminatrice, sopra il tema: « Le dermatosi non tubercolari in soggetti tubercolosi ». I concorrenti dovranno essere di nazionalità italiana. Le memorie, inedite, dovranno essere scritte a macchina o stampate. Vann omandate, con le norme consuete, al segretario della Società, dott. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio 69, Roma (20), entro il 30 giugno 1927.

Premio Forlanini.

La Fondazione Carlo Forlanini, sorta per onorare la memoria di Carlo Forlanini, bandisce un concorso per un lavoro originale che riguardi o l'anatomia patologica, o la patogenesi, o la diagnostica, o la terapia della tubercolosi polmonare. Il lavoro, a stampa o dattilografato, deve essere presentato in otto esemplari entro le ore 15 del 31 dicembre alla Direzione dell'Ospedale Maggiore di Milano, via Ospedale 5, che ne rilascierà ricevuta. Non si potrà partecipare al concorso con lavori pubblicati precedentemente alla data del bando. Il premio, indivisibile, è di L. 10,000.

Il concorso bandito dal « Pensiero Medico » è prorogato al 30 aprile.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

La Facoltà Medica di Bologna ha chiamato alla direzione della Clinica oculistica il prof. Amilcare Bietti, attualmente a Pavia; temporaneamente ha affidato l'incarico al prof. Gino Ricchi.

Il prof. dott. Giorgio Giorgi è nominato, in esito a concorso, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Jesi. Rallegramenti al nostro collaboratore.

Sono trasferiti i proff. D'Amato Luigi, di patologia medica, da Messina a Napoli; Gayda Tullio, di fisiologia, da Cagliari a Bari; Marassini Alberto, di patologia generale, da Sassari a Bari; Simon Italo, di farmacologia, da Cagliari a Pavia; Tommasi Lodovico, di clinica dermosifilopatica, da Sassari a Siena.

Sono abilitati alla libera docenza in: clinica delle malattie nervose e mentali, D'Abundo Emanuele, Felsani Giacinto; clinica delle malattie delle vie urinarie. Pavone Michele; clinica dermosifilopatica, Bertaccini Giuseppe; clinica otorinolaringoiatrica, Trayna Salvatore, Papale Raniero; farmacologia sperimentale, Scremin Luigi; farmacologia e tossicologia, Nicolini Pietro; igiene, Brotzu Giuseppe; medicina operatoria, Pizzagalli Luigi; ortopedia, Guaccero Alessandro; ortopedia e traumatologia, Lavermicocca Angelo, Satta Francesco; patologia e clinica dermosifilopatica, Bussalai Luigi; patologia e clinica oculistica, D'Amico Diego, Lo Russo Donato, Morelli Enrico, Redaelli Felice; patologia e clinica ostelogia speciale chirurgica, Piccaluga Nino e *per* logia speciale chirurgica, Piccaluga Nino e *per* Adriano, Gamna Carlo, Girardi Pietro, Marcialis Giuseppe, Mino Prospero, Roell Giovanni, Sebastiani Antonio, e *per esami*: Donadio Nicola, Fienga Gino, Scalas Luigi; tisiologia, Fagiuoli Antonio; urologia, Boretti Cesare.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: dott. Augusto Cassuto, docente di clinica delle malattie urinarie nell'Università di Roma; dott. Giuseppe G. Conte, colonnello medico nella Regia Marina (R. N.), Roma. Rallegramenti cordiali.

Cavaliere: dott. Bartolo Dal Monte, Massa Lombarda (Ravenna)

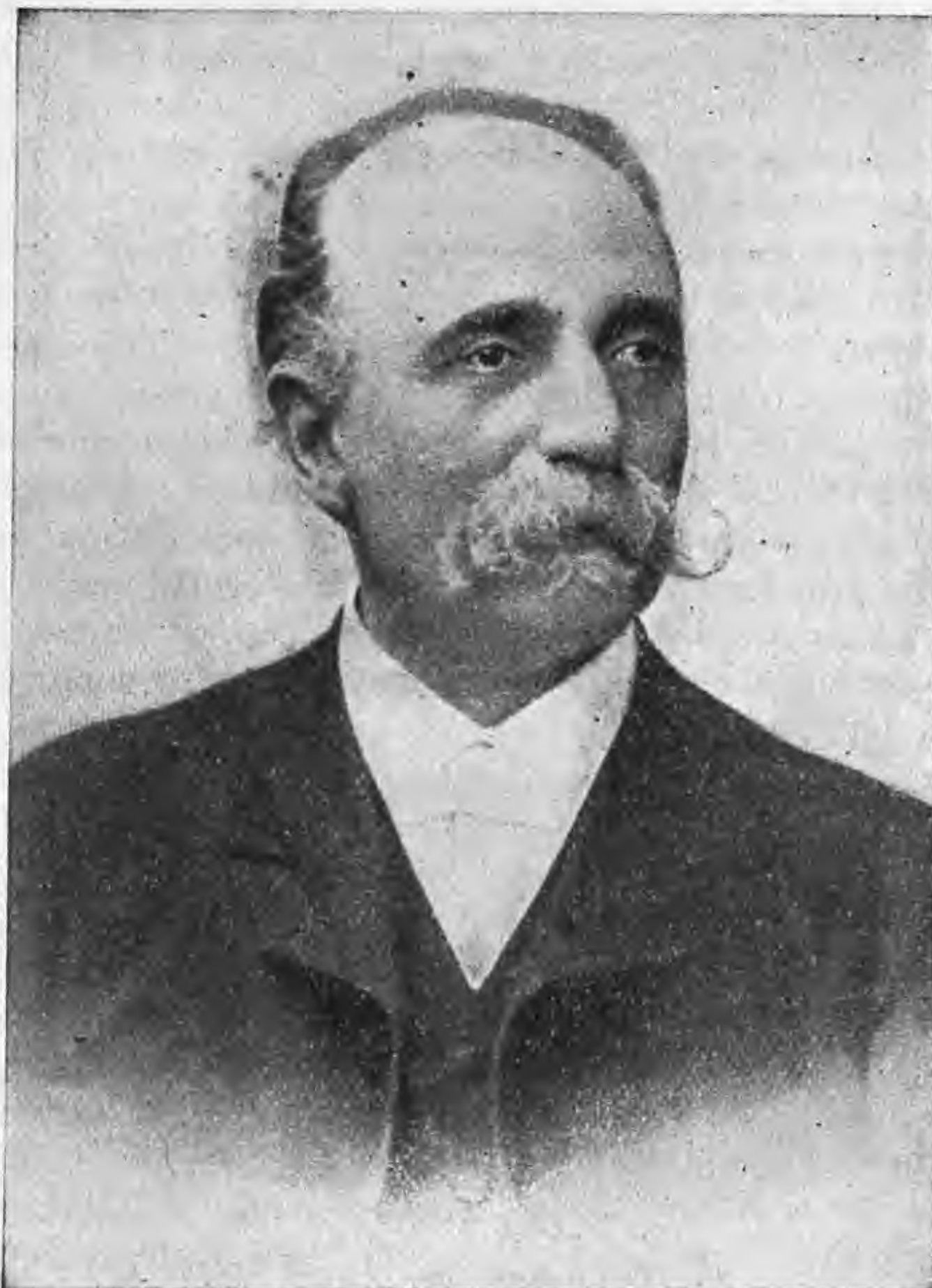
NELLA SANITÀ MILITARE.

Il dott. Nicola Demaria è stato promosso a scelta colonnello medico, e trasferito a Verona quale direttore medico di quell'Ospedale militare.

Al valoroso nostro collega Demaria, che ha lungamente disimpegnato con intelligenza ed onestà le direzioni di questi Collegi medici per accertamenti sanitari dei mutilati ed invalidi di guerra, i nostri rallegramenti.

CAMILLO GOLGI.

Il 21 gennaio moriva a Pavia CAMILLO GOLGI. Si spegneva con lui la più poderosa figura del rinnovamento medico del nostro paese.

Figlio di un medico condotto, nato a Corteno il 7 luglio 1843, egli frequentò l'Università di Pavia negli anni fortunosi in cui vi brillavano le prime luci dei nuovi destini per opera dell'Oehl, del Mantegazza e sopratutto del Bizzozero, ed egli stesso si metteva coraggiosamente per la nuova via. La sua dissertazione di laurea presentata nel luglio 1865 e pubblicata di poi nel 1869 è già una affermazione la cui importanza va sempre più delineandosi. Con una mirabile precisione, acutezza, diligenza di indagine che caratterizzeranno poi tutta la sua produzione scientifica, egli sostiene che nell'eziologia delle malattie mentali hanno grande importanza i fattori somatici, che in esse deve ricercarsi e applicarsi a base della classificazione il criterio anatomico e eziologico.

Dal 1865 al 1872 egli rimaneva come terziario e poi come secondario nell'Ospedale di S. Matteo in Pavia e durante questo periodo frequentava l'Istituto di Patologia generale diretto dal Mantegazza e poi dal Bizzozero.

Sono di questo periodo lavori fondamentali per le scienze mediche e prima di tutto quelli sugli psammomi pubblicato nel 1869.

In questo lavoro la struttura e la genesi di questi tumori meningei viene studiata e discussa con criteri che ancora oggi sono completamente mo-

derni e il Golgi arriva a definire i tumori per endoteliomi usando di questo nome per la prima volta ed affermandone la parentela coi sarcomi.

Altro lavoro di lunga lena eseguito nella stessa epoca è quello sulla nevroglia che egli studia e descrive (coi metodi primitivi di cui poteva allora disporre) in tutto il sistema nervoso centrale arrivando a risultati che rimangono tutti completamente anche oggi.

Nel 1872 egli lasciava Pavia e il Laboratorio di Patologia generale per Abbiategrasso dove era nominato primario nell'Ospedale degli incurabili.

Oramai il suo pensiero e la sua vita erano diretti alla ricerca scientifica e nessun ostacolo poteva arrestarlo. Nella cucina del suo modesto alloggio egli impiantava il suo laboratorio e nel 1873 veniva alla luce la reazione nera.

Quanto fu detto e scritto, su questo metodo che doveva trasformare completamente le nostre conoscenze sul sistema nervoso, proiettando improvvisamente sulle tenebre una luce nuova sempre più abbagliante, nella quale si dovevano costituire rapidamente con un lavoro febbrile di pochi anni un'anatomia, una fisiologia, una patologia nuova!

Insieme col metodo il Golgi pubblicava i primi risultati ottenuti con esso; pochi dati dapprima a cui va sempre aggiungendone negli anni seguenti, ma fin dalla prima nota è il senso preciso dell'importanza che egli ha immediatamente compreso nel metodo nuovo.

La cellula nervosa coi suoi prolungamenti appare delineata nei suoi rapporti già in questi lavori in modo completamente moderno, stabilita la distinzione fra i prolungamenti protoplasmatici e il prolungamento nervoso, descritte le terminazioni libere dei primi e le collaterali di quest'ultimo, distinte le due categorie di cellule dal modo di comportarsi del prolungamento nervoso, affacciata la funzione delle collaterali di queste, infine descritte e fissati nella loro topografia e nei loro rapporti una serie di elementi. Le ricerche venture aggiungeranno elementi e particolari, ma non muoveranno più le sue prime descrizioni.

Appartengono pure al periodo passato ad Abbiategrasso, altri lavori fra cui quelli sulle alterazioni del midollo delle ossa nel vaiuolo e quello sulle alterazioni anatomo-patologiche nella corea gesticolatoria nella quale egli descrive processi infiammatori cronici e metamorfosi calcaree delle cellule nervose.

Tutti questi lavori, dei quali pur tuttavia non ancora si era capita tutta la portata, specialmente di quelli fatti colla reazione nera, imponevano però già la figura del giovane scienziato di fronte al mondo universitario e le porte dell'Università gli si schiudevano innanzi.

Egli veniva chiamato nel 1875 a Pavia come professore straordinario di Istologia e nel 1876 a Siena ordinario di Anatomia. Nello stesso anno vinceva il concorso di Anatomia di Torino.

La Facoltà di Pavia non voleva perdere il giovane insegnante e gli offriva l'ordinariato di Istologia che egli accettava e occupava alla fine dello stesso anno.

Da allora egli non abbandonò più l'Università ticinese, nulla più valse a fargliela abbandonare e quello che egli ebbe per l'alma mater, per dire la sua espressione, fu uno dei più grandi affetti della sua vita.

Nel 1879 gli era conferito l'incarico della Patologia Generale e nel 1881 passava a quella cattedra conservando l'incarico dell'Istologia.

Vincendo difficoltà di lavoro dapprima gravissime in piccoli laboratori inadatti, poi finalmente in sede più degna, si sviluppava sempre più l'ardente opera del Maestro; sono i venti anni della sua massima produzione scientifica la quale fu in questo periodo così intensa e di tale importanza e novità che i fatti nuovi messi in evidenza furono accettati in gran parte soltanto molto più tardi.

Non sarebbe possibile fare una analisi dettagliata della produzione sua di quegli anni, in così ristretto spazio; appena è possibile accennare alla parte essenziale della poderosa mole di fatti nuovi annunziati e descritti.

Nel campo dell'anatomia, mentre tace per qualche anno sulle scoperte che andava accumulando pazientemente sul sistema nervoso centrale con la reazione nera e che cominciarono a vedere la luce più tardi nel 1880; inizia nel 1878 le pubblicazioni sulla innervazione dei tendini, mediante modificazioni proprie dei metodi correnti di impregnazione all'oro, e già in quell'anno annunziava la scoperta degli organi muscolo tendinei (corpi di Golgi) e delle clave dei tendini. Soltanto questo fatto, diceva più tardi Alberto von Kölliker, sarebbe bastato a fare la celebrità di un uomo!

Il lavoro completo sull'argomento usciva due anni dopo ricco di tavole e nel quale era illustrata tutta l'innervazione dei tendini, nell'uomo, nei vertebrati superiori e negli inferiori.

Sono della stessa epoca le ricerche sulla struttura della fibra nervosa midollata, la prima delle indagini sulla struttura intima degli elementi compiuta col suo metodo della reazione nera, colle quali metteva in evidenza i cosidetti imbuti cornei o spire cornee o imbuti di Golgi.

Fa riscontro una serie di ricerche di Patologia; fra cui quella sui gliomi del cervello, in cui sviluppa dal punto di vista patologico i fatti e le concezioni a cui era già arrivato nello studio della nevroglia normale e definisce modernamente i gliomi.

Ma tutti questi lavori pure di una altissima importanza scientifica non sono che le briciole del lavoro del Maestro; la grande opera è in preparazione e nel 1880 trapela in qualcuna delle sue linee nelle due comunicazioni: « Sulla origine centrale dei nervi » e « Studi istologici sul midollo spinale ».

Le due comunicazioni sono sintomatiche; brevi, chiare, precise, fatte di affermazioni nette e categoriche che si riferiscono a quella parte che il Golgi vuole già dire. Ben altro egli ha visto, ma questo verrà poi!

Nel 1882 vedono la luce contemporaneamente le tre opere che costituiscono insieme il nuovo edi-

ficio: due di minor mole nella *Gazzetta degli Ospedali*, una più ampia nella *Rivista sperimentale di Freniatria*: « Origine del tractus olfactorus e struttura dei lobi olfattori », « Sulla dottrina delle localizzazioni cerebrali », « Sulla fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso ».

Quest'ultimo lavoro viene poi tanto a compenetrarsi col nome del Maestro da costituirne quasi l'essenza. Porta in testa le parole:

« Per ciò che riguarda gli organi centrali del sistema nervoso precipuo compito della moderna anatomia deve essere quello di mettersi in grado di rispondere ai più urgenti quesiti posti dalla fisiologia ».

E le opere tengono largamente fede al proposito; alla luce del nuovo metodo tutta la struttura dei centri nervosi si illumina con inattesa chiarezza, l'« ignorabimus » cade di fronte alla forza dei fatti, il forziere chiuso a sette chiavi rivela i suoi segreti; le basi dell'anatomia, della fisiologia, della patologia del sistema nervoso appaiono fermamente stabilite; la via è segnata, ampia, promettente.

Ma da principio davanti alla rivelazione inattesa, dopo la prima sorpresa, il mondo scientifico rimane incredulo. Soltanto pochi, quelli che conoscono il Golgi, hanno fede, la scienza ufficiale tedesca sopratutto ignora; i primi tentativi fatti per riprodurre i suoi risultati urtano contro le difficoltà e le incertezze del metodo; molti credettero che alle mirabili figure del Golgi qualche cosa fosse stata aggiunta dall'immaginazione.

Tuttavia, anche per chi affettava d'ignorare, la importanza delle nuove scoperte annunziate incombeva, bisognava sincerarsi e uscire dai dubbi e dopo cinque anni dacchè le opere fondamentali avevano cominciato ad uscire, dopo due anni dacchè erano riapparse in forma completa dedicata a Giulio Bizzozero, uno dei più illustri scienziati tedeschi: Alberto von Kolliker, nella primavera del 1887 veniva a Pavia a vedere.

A Pavia egli ha la rivelazione della verità a cui il giovane scienziato italiano nulla aveva aggiunto, torna in Germania entusiasta e comincia egli stesso a lavorare col nuovo metodo.

Da allora la schiera di ricercatori ingrossa sempre più nella nuova via.

Ma prima ancora che il successo arridesse alle ricerche sul sistema nervoso, ai tempi dello scetticismo generale, il Golgi, che non aveva abbandonato gli studi di Patologia, pubblica nel 1882 e nel 1884 i suoi lavori sull'ipertrofia compensatoria dei reni e sulle nefriti e vi dimostra la rigenerazione dell'epitelio renale, poi inizia i suoi studi sulla malaria.

Il mistero del ciclo del parassita e della intermittenza delle febbri malariche doveva essere rivelato e dimostrato dalle magistrali ricerche di Camillo Golgi apparse nel 1885 e negli anni seguenti.

Dagli studi del Golgi, alla descrizione del quale, per quanto riguarda il ciclo nell'organismo umano, ben poco hanno aggiunto gli studi ulteriori, risulta che vi sono tre forme distinte di parassita malarico a ciascuno dei quali corrisponde un tipo di febbre; il ciclo vitale di ciascun parassita si svolge fra un accesso febbrile e il successivo e l'accesso febbrile corrisponde alla sporulazione del parassita e all'invasione di nuovi globuli rossi.

Egli tracciò per intero il ciclo di due dei parassiti, quello della terzana e quello della quartana e distinse il parassita dell'estivo-autunnale.

Dopo le sue magistrali descrizioni dell'infezione il Golgi passava a considerare l'influenza sul parassita della cura specifica dell'infezione stessa colla chinina.

La grande importanza degli studi del Golgi dal punto di vista pratico oltre che dal punto di vista scientifico non può sfuggire quando si pensi che dopo i suoi studi, laddove si discuteva dell'esistenza del parassita, basta esaminare un preparato di sangue malarico non solo per fare la diagnosi dell'infezione, ma per stabilirne la forma, il tipo febbrile, il momento del prossimo accesso, il momento in cui si sarebbe dovuto somministrare il chinino per avviare il malato alla guarigione.

L'edificio costrutto dal Golgi resiste all'ingiuria del tempo; molto si è lavorato, molto di nuovo si è trovato sull'infezione malarica, ma i suoi lavori rimangono interi e resistono a tutte le discussioni; sono pietre angolari dell'edificio costruito dalla scienza umana che verosimilmente non saranno rimosse mai.

Ma il Golgi non abbandona i suoi lavori di istologia dei reni e sull'istogenesi dei canalicoli uriniferi.

Ancora una volta egli affronta con metodi nuovi una vecchia questione e dimostra che tutti gli schemi classici, tutto quanto era ritenuto indiscusso deve essere radicalmente mutato.

Seguono altre pubblicazioni che io ritengo si possano chiamare del suo ciclo epico sulla questione della struttura e della funzione del sistema nervoso: « Sulla fine anatomia del midollo spinale », « La rete nervosa diffusa degli organi centrali del sistema nervoso; suo significato fisiologico », « Intorno all'origine del quarto nervo cerebrale ».

È impossibile fare in questo momento una analisi di queste opere fondamentali e nemmeno soffermarsi sulle discussioni di dettaglio a cui hanno dato luogo, non si può perdersi in quisquilie. Chi cerca le farfalle sotto l'arco di Tito?

Quello che è necessario è richiamare con esattezza i punti fondamentali della sua dottrina e la sua base nei fatti giacchè su questi punti vennero affermate e si ripetono nei trattati più autorevoli inesattezze gravi e numerose.

Per la massima parte di coloro che hanno scritto di sistema nervoso la dottrina del Golgi è la dottrina dell'anastomosi mentre la dottrina del neurone (van Gehuchten, Ramon y Cayal, Waldeyer) è la dottrina del contatto.

Nulla di più falsamente impostato!

Per il Golgi la questione se la trasmissione nervosa avvenga per anastomosi diretta o per semplice contatto è questione irrisolvibile e oziosa; dal punto di vista funzionale l'anastomosi esiste come

la corrente elettrica tra due fili a contatto si trasmette come attraverso ad uno stesso filo. L'essenziale è che il vero prolungamento funzionale che effettua rapporti nervosi per il Golgi è uno solo, il prolungamento nervoso.

Nessuna cellula ha rapporti isolati, ciascuna effettua rapporti con altre cellule e con parecchie fibre. Questi rapporti avvengono attraverso la rete nervosa che lega elemento a elemento, gruppi a gruppi, provincie a provincie del sistema nervoso.

Per lunghi anni il Golgi doveva rimanere quasi solo a difendere la sua interpretazione; ma poi a poco a poco la verità dei suoi reperti, l'importanza dei suoi argomenti, le manchevolezze della dottrina del neurone, i colpi che ad essa venivano portati con altri metodi di ricerca, venivano a modificare la situazione.

Da quando egli ripubblica tutta la sua opera sul sistema nervoso in lingua tedesca (1894) a quando (1901) egli scrive la lettera a Luciani nella quale ristabilisce i capisaldi della sua dottrina e rileva i punti deboli della dottrina del neurone, a quando finalmente egli tiene la sua conferenza a Stoccolma dopo aver avuto il premio Nobel, l'ambiente è profondamente cambiato.

Il Golgi colpisce a fondo in queste due ultime pubblicazioni i punti fondamentali ritenuti i più dimostrativi dei sostenitori del neurone.

La più impressionante e categorica è la dimostrazione riguardante le placas de l'alma, le placche dell'anima del cervelletto; le supposte terminazioni a contatto delle cellule di Purkinje nelle quali Cajal aveva ravvisato la chiave dei rapporti tra i diversi elementi del sistema nervoso. Il Golgi con l'applicazione magistrale del proprio metodo che faceva aprire gli occhi sui suoi preparati come su un miracolo, dimostra che là dove Cajal e la sua scuola avevano descritto la fine, la terminazione delle fibre, le fibre credute terminali si dividono in un gran numero di finissimi filamenti, che portandosi nello strato di granuli contribuiscono alla formazione di una classica rete nervosa.

Oggi il neurone è ancora un comodo strumento per i patologi del sistema nervoso e per i facili fisiologi; ma dopo i colpi ricevuti. dopo la dimostrazione categorica delle anastomosi di fibrille provenienti da cellule diverse date da Giulio Ascoli per gli animali inferiori, la sua funzione come ipotesi scientifica è certamente vicina alla fine.

Smentendo i pronostici degli avversari del suo metodo i quali avevano sentenziato che mai la reazione nera avrebbe rivelato qualche cosa sulla struttura delle cellule, nel 1898 egli descriveva l'apparato reticolare interno delle cellule nervose che doveva prendere il nome di apparato di Golgi. Questo apparato endocellulare fu dapprima dimostrato da lui nelle cellule nervose poi dalla sua scuola e da lui stesso negli elementi ghiandolari e poi a poco a poco in tutte le cellule somatiche e sessuali dei metazoi con un contributo gradualmente crescente per parte di altre scuole e di scienziati di altri paesi.

Oggi anche nei protozoi si va dimostrando sempre più estesamente l'esistenza di questa formazione cellulare. Inoltre, dapprima ancora per merito suo e della sua scuola poi anche di molti altri, che si sono messi gradatamente in quella via, sono stati dimostrati fatti notevolissimi riguardanti la fisiologia e la patologia dell'apparato reticolare, il quale si presenta oramai come una formazione che si modifica durante le attività fisiologiche della cellula a cui prende parte attiva (secrezione, assorbimento, ecc.), che si divide in modo caratteristico durante la divisione cellulare dando luogo attraverso ad una serie di figure ben determinate agli apparati reticolari delle cellule figlie.

Anche nei diversi processi patologici sono già stati messi in evidenza riguardo all'apparato di Golgi aspetti interessanti e alterazioni caratteristiche.

Anche dopo 27 anni, nel Congresso Anatomico di Torino del 1925, fu uno degli argomenti più appassionatamente discussi, e quest'anno al Congresso di Liegi l'apparato reticolare è all'ordine del giorno in prima linea.

Con le ricerche sull'apparato reticolare interno l'opera di ricercatore di Camillo Golgi si fa meno intensa. Le molte cariche a cui è chiamato e le opere di interesse nazionale a cui non può sottrarsi, specialmente dopo la sua nomina a Senatore nel 1900 e l'ascesa agli onori del Premio Nobel nel 1906, la necessità di entrare finalmente in aperta ed ampia discussione cogli avversari delle sue dottrine scientifiche gli assorbono buona parte delle sue energie.

I lavori sull'apparato reticolare durano fino al 1909.

Dal 1906 al 1915, troviamo una serie di scritti destinati a precisare e stabilire meglio la importanza e il rapporto dei fatti descritti nelle sue ricerche anteriori e nello stesso tempo una ripresa di studi sulla malaria dal punto di vista della lotta pratica contro l'infezione.

Questi studi riguardano le condizioni fisiche dei contadini nelle zone risicole, rilevano le buone condizioni di morbilità e di mortalità che da tutti i dati statistici risultano per i contadini delle zone risicole e mettono in evidenza la possibilità dell'anofelismo senza malaria e la relativa facilità con cui col metodo della bonifica umana può aversi ragione della malaria nelle zone risicole.

E accadde ciò che accadde di quasi tutte le affermazioni del Golgi: nell'ultimo Congresso della malaria nell'autunno del 1925 tutte le sue conclusioni riguardanti risaia e malaria erano ufficialmente ripetute, sanzionate, accettate senza riserva.

Durante la guerra nazionale, assorbito da doveri militari volontariamente assunti, la sua pubblicazione scientifica tace. Prima che la guerra sia finita egli è messo a riposo per limiti di età. Pure, nel dopo guerra con mezzi di lavori insufficienti, ridotto a lavorare in una camera con un gruppo di studenti egli riesce ancora a riprendere le ricerche, lunghe sapienti ricerche che egli continua accanitamente, ininterrottamente men-

tre le forze gli mancano a poco a poco; ed escono nel 1920 i lavori sulla struttura dei globuli rossi e nel 1923 quello sulle piastrine del tuorlo. Su questo argomento lavorava ancora, aveva già scritto un abbozzo incompleto di lavoro; la malattia e la morte dovevano spezzare colla violenza la sua volontà indomita di lavoro.

Queste ultime ricerche, fatte, mirabile a dirsi, ancora con metodi nuovi, mettono in evidenza particolarità fini e precise di organizzazione degli elementi; particolarità certamente molto interessanti e sulla cui portata soltanto l'avvenire potrà darci la misura.

Nè questo giudizio può sorprendere chi consideri tutta l'attività scientifica del Golgi il quale fu costantemente un precursore, vide sempre più innanzi delle verità immediatamente successive alle presenti e le sue ricerche ebbero quasi costantemente il successo parecchi o molti anni dopo che egli le aveva pubblicate. Egli fu sempre innanzi di tanto dall'attualità del momento scientifico, che molto spesso la massa degli scienziati perdette i contatti con lui e col suo pensiero per arrivare a comprenderlo soltanto dopo anni e lustri.

La nobiltà di carattere dell'uomo fu degna della statura intellettuale dello scienziato; incapace di patteggiamenti e di adattamenti, deciso nei suoi propositi, fermo in ciò che credeva essere il buono e il giusto, egli ebbe nemici numerosi, amici ed ammiratori devoti. Nessuno potè negargli il più largo tributo di stima.

Nei lunghi anni in cui sedette nei consigli superiori della Pubblica Istruzione e in Senato egli si occupò con ardore di tutte le questioni nelle quali si sentiva competente, con fini chiari, precisi, schiettamente dichiarati, spiegando fino agli ultimi anni una energia giovanile e non mai mosso da altre ragioni che da ciò che egli riteneva il bene pubblico.

Gli argomenti da lui trattati che ebbero maggiore eco in Senato furono, fra le questioni universitarie, la sistemazione degli studi di odontoiatria e l'organizzazione dell'assistentato; fra le questioni sociali attinenti alla guerra, quella dei mutilati e invalidi e quella degli orfani di guerra.

In ogni occasione egli prestò la sua opera generosa e disinteressata per il suo paese e per l'umanità. Egli si prestò a curare i colerosi e i vaiolosi, studiò per il Governo italiano la prima epidemia di influenza, tenne durante la guerra la direzione dell'Ospedale militare Collegio Borromeo in Pavia, e per iniziativa propria vi costituì quel centro neurologico i cui risultati in favore dei nostri feriti di guerra sono ben noti in Italia e fuori.

Incominciata la sua carriera come medico ospitaliero tenne fin che gli fu possibile il contatto coll'ammalato ed esercitò fin quasi agli ultimi anni gratuitamente la medicina in una sala medica dell'Ospedale di Pavia; mai volle sapere di clientela, che pure sarebbe accorsa numerosa e avrebbe potuto tornare di sollievo alle sue modeste condizioni finanziarie.

Lunghi anni Rettore, profondamente affezionato all'Università di Pavia che mai volle abbandonare per altre sedi offerte, egli, attraverso a lungo e paziente lavoro, condusse a termine, oltre alle più disparate provvidenze finanziarie, il progetto di una sistemazione edilizia destinata a portare l'Ateneo Ticinese, già ricco di attrezzamento didattico e scientifico, in prima linea fra le Università italiane.

Egli stesso iniziò l'esecuzione di questo progetto e prima di morire ebbe la gioia dell'annunzio della prossima ripresa dei lavori e del compimento assicurato.

Ma Camillo Golgi fu sopratutto Maestro nel più nobile significato della parola; al suo laboratorio accorrevano professori, medici e studenti italiani e stranieri; e sono folla oramai coloro che hanno ricevuta la sua impronta e sono saliti alle cattedre universitarie, o ad elevate posizioni nelle pubbliche amministrazioni.

Nè l'opera del Maestro era chiusa nel laboratorio, perchè, per ripetere ciò che diceva Gustavo Retzius nel 1900, egli ha tenuto accesa una fiaccola luminosa che ha rischiarato lontano e i suoi allievi sono in tutti i paesi del mondo.

A. PERRONCITO.

NOTIZIE DIVERSE.

Giornate Mediche Tunisine.

La Compagnia Transatlantica Italiana ha concesso, come la Compagnia di Navigazione Florio, la riduzione del 25 % sui viaggi di andata e ritorno a tutti i congressisti; sicchè i colleghi dell'alta e media Italia e Sardegna che vogliono partecipare al Congresso, potranno imbarcarsi nei seguenti porti: da Genova, martedì 23 marzo ore 20; da Livorno, mercoledì 24 marzo ore 23; da Civitavecchia, giovedì 25 marzo ore 12; da Cagliari, venerdì 26 marzo ore 17, per giungere a Tunisi il sabato 27 marzo alle ore 14.

Quatunque il Congresso medico s'inizi il 2 aprile, dal 28 al 2 aprile i congressisti potranno visitare l'interno della Tunisia che è molto interessante dal lato turistico ed archeologico.

I prezzi dei viaggi grazie a questi sconti sono: Genova-Tunisi (andata e ritorno) 1ª cl. Lit. 645; 2ª cl. Lit. 424; Livorno-Tunisi (andata e ritorno) 1ª cl. Lit. 582; 2ª cl. Lit. 387; Cagliari-Tunisi (andata e ritorno) 1ª cl. Lit. 360; 2ª cl. Lit. 242 (vitto e diritti compresi, escluso letto).

Il viaggio di ritorno si effettuerà col piroscafo che parte regolarmente da Tunisi ogni martedì alle ore 12.

Inviare l'adesione con l'ammontare della quota (Lit. 40) al dott. Plinio Soria, segretario del Comitato Italiano, 60, Rue de Naples - Tunisi.

Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

La riunione annuale sarà tenuta anche nel corrente anno in Roma durante le ferie autunnali, presumibilmente il 16-17-18 dicembre 1926. Per la riunione verrà posto all'ordine del giorno anche la revisione dello Statuto e del Regolamento.

Sono stati assegnati come temi per la detta riunione: 1) « La glandola tiroide in dermatologia ». Relatori: Artom, Bertaccini, Farina, Meineri, Serracosta, Sparacio.

2) « Le prove biologiche nella infezione gonococcica »: *a*) deviazione del complemento; *b*) agglutinine; *c*) cutireazione e intradermoreazione. Relatori: Bernucci, Buquicchio, Crosti, Mucci, Peli, Spicca.

La presidenza ha creduto utile limitare ad una per socio le comunicazioni di scelta personale. I soci debbono mandare il titolo della loro comunicazione entro il 31 ottobre.

La presidenza fa viva preghiera a tutti i soci di occuparsi nel corrente anno, per la loro circoscrizione, della lepra, acciocchè esponendo i dati statistici, clinici ecc. raccolti si possa chiarire sempre meglio quale è la situazione dell'Italia di fronte a questo gravissimo problema sanitario-sociale, sul quale fornire ai Poteri dello Stato elementi per le misure di profilassi.

Lega italiana per la lotta contro il cancro.

Il Consiglio direttivo centrale si è riunito in Roma per procedere alla verifica dei risultati di votazione indetta per *referendum* tra i soci regolarmente iscritti dalle varie sezioni della Lega italiana. Sono risultati eletti a consiglieri del Consiglio direttivo centrale i proff. Ascoli Maurizio, Bastianelli Raffaele, Belfanti Serafino, Fichera Gaetano, Bertolotti Mario, Gallenga Pietro, Lusena Gustavo, Lustig Alessandro, Radaeli Francesco, Sclavo Achille, Sfameni Pasquale, Viola Giacinto. Procedutosi alla nomina delle cariche sono stati eletti ad unanimità: presidente il sen. prof. A. Lustig; vice-presidenti: i proff. Maurizio Ascoli e Raffaele Bastianelli. A segretario generale, dato che il prof. Lusena, che finora ha tenuto tale incarico, ha fatto presente l'impossibilità di poter continuare in esso, è stato nominato il prof. Pietro Gallenga.

Il Consiglio ha poi discusso e deliberato un ampio piano di lavoro, animato dal vivo desiderio che l'Italia abbia come tutti gli altri Stati nel mondo una Lega contro il cancro senza intralciare in qualsiasi modo le operosità autonome, che ormai fioriscono in vari centri culturali e ospitalieri del nostro Paese.

VII Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.

Sotto gli auspici del Comune e della Provincia, organizzato dalla Scuola d'Igiene Sociale si terrà in Genova il 12-15 ottobre prossimo.

Oltre le relazioni ufficiali sullo stato di salute degli operai che rimpatriano, l'orientamento professionale dal punto di vista medico, industriale, operaio, le case operaie dal punto di vista igienico, molte altre comunicazioni individuali di grande interesse sono preannunziate.

Il programma del Congresso comprende oltre la visita alle più progredite e caratteristiche industrie genovesi, festeggiamenti ai partecipanti.

I congressisti fruiranno di speciali ribassi ferroviari e di facilitazioni per gli alloggi.

La quota di adesione individuale è di L. 25. Per informazioni rivolgersi al segretario dott. Giulio Porrini, via Innocenzo Frugoni 27, Genova.

Presidente del Comitato esecutivo è il prof. Pietro Canalis.

Corso di perfezionamento in « Medicina del Lavoro ».

Il 10 corr. si è iniziato presso l'Istituto di Medicina legale un corso quadrimestrale di perfezionamento in « Medicina del lavoro ». Esso ha per scopo l'insegnamento speciale delle discipline riguardanti la protezione e l'assistenza dei lavoratori, la profilassi e la cura delle malattie professionali, la medicina legale delle assicurazioni sociali, ed è perciò raccomandato ai medici che vogliono dedicarsi all'infortunistica e all'igiene delle fabbriche e che desiderano prendere parte ai concorsi prossimi per ispettori del lavoro e ispettori sanitari delle ferrovie. Gl'insegnamenti sono impartiti dai proff. Ottolenghi, Bellussi, Ascarelli, Diez, Ranelletti, Puntoni e Loriga.

Su un fondo di L. 5500 messo a disposizione del direttore del corso dalla Croce Rossa Italiana, dalla Cassa Nazionale Infortuni e dal Ministero dell'Economia Nazionale, saranno assegnati premi a coloro che, a giudizio della Commissione esaminatrice, avranno dimostrato di aver tratto lodevole profitto dall'insegnamento.

Tassa complessiva L. 376.50, oltre L. 21.80 per ritirare il diploma, da versare alla Cassa universitaria.

Profilassi della malaria nel suburbio di Roma.

Il governatore di Roma sen. Cremonesi ha emanato opportune norme di profilassi, nei confronti dei proprietarî, affittuarî e capi d'aziende del suburbio; gl'inadempienti potranno essere deferiti all'autorità giudiziaria a termini dell'art. 129 del T. U. delle leggi sanitarie, senza pregiudizi delle spese per esecuzione dei lavori *ex oficio*, ritenuti urgenti a parere insindacabile dell'Ufficio d'Igiene.

Estensione della legge infortuni agricoli alle nuove provincie.

Con il 1° marzo è entrata in vigore nelle nuove provincie l'assicurazione obbligatoria contro gl'infortuni in agricoltura, ed il Ministero dell'Economia Nazionale ha comunicato alla Cassa Nazionale Infortuni che essa è competente all'esercizio dell'assicurazione predetta in tutti i territori annessi, invitandola perciò a provvedere senz'altro a gestire tale assicurazione a tutti gli effetti di legge.

La Cassa Nazionale Infortuni, nella piena efficienza dell'organizzazione amministrativa e sanitaria largamente decentrata, anche nelle nuove provincie, dove ha gestito in regime di esclusività l'assicurazione per gli infortuni nelle industrie per il Trentino, l'Alto Adige e Fiume, ha tutto

disposto perchè la nuova provvidenza sociale abbia la sua piena attuazione, oltre che nei territorî suddetti, anche nelle provincie di Trieste, Pola e Zara.

Demanializzazione di Terme.

Il « Bollettino Sanitario dell'Ordine dei Medici della provincia di Cosenza » reca la notizia che il Governo Nazionale ha disposto la demanializzazione di una delle più antiche e rinomate Terme dell'Italia meridionale, le Terme Luigiane.

Per un ricordo ad Agostino Bassi nella R. Università di Pavia.

Il Comitato Nazionale per la ristampa delle « Opere di Agostino Bassi », presieduto dal prof. E. Alfieri, ha assolto, come è noto, ottimamente il proprio mandato. Il magnifico volume, che raccoglie le opere scelte del nostro grande precursore del Pasteur, accompagnate anche da scritti illustrativi dei compianti G. B. Grassi e C. Golgi, è stato inviato (dopo che la prima copia venne presentata al Re, in occasione delle feste centenarie della Università di Pavia) a tutti i sottoscrittori ed a tutti gli Istituti di cultura sia in Italia che all'estero. È stato unanime e molto significativo il plauso che dovunque ha incontrato questo doveroso omaggio ad un benemerito della scienza e della civiltà.

Il « Comitato Nazionale » surricordato (auspice la Società Medico-Chirurgica di Pavia) ha ora deliberato, plaudendo alla proposta del presidente prof. Alfieri, di destinare la somma residuata, da quanto era stato raccolto per la ristampa, alla erezione nell'Università di Pavia di un ricordo perenne alla memoria del grande biologo, che a Pavia compì i suoi studi e dagli insegnamenti dei Maestri dell'Ateneo Ticinese trasse lo stimolo ed il metodo per le sue geniali ricerche.

Un valente scultore, il Vedani, ha già modellato un busto pregevolissimo per somiglianza e per dignità di concezione. È nei propositi del Comitato, che la somma necessaria per la realizzazione del nuovo e degno omaggio ad A. Bassi, sia specialmente raccolta, oltre che coi contributi di Enti e di privati, col ricavo della vendita delle copie tuttora disponibili delle sue opere.

Il volume: *Opere di Agostino Bassi*, in grande formato ed in ricca edizione del valore reale di un centinaio di lire, sarà spedito (gravato delle spese postali) a chi ne farà richiesta al dott. P. Redaelli, presso l'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Pavia, inviando allo stesso la somma di L. 50.

Nella Clinica chirurgica di Catania.

I nuovi e splendidi locali della R. Clinica chirurgica di Catania sono stati inaugurati con molta semplicità da una lezione dell'on. prof. Muscatello. Prima della lezione il laureando V. Attanasio volle esprimere all'illustre clinico, in nome degli studenti, sensi di viva ammirazione e di gratitudine. Rispose il Muscatello, che tracciò le vicende dell'avvenuto rinnovamento. Dopo la lezione i proff. Zurria e Greco guidarono gli allievi alla visita dei locali. La sistemazione è ancora in corso.

L'Istituto Biologico Argentino.

È stato fondato ed è diretto dal nostro connazionale prof. Silvio Dessy il quale, chiamato a dirigere l'Istituto d'igiene della provincia di Buenos Aires, ebbe affidati successivamente vari altri incarichi, tra cui un corso di batteriologia e chimica applicata alla clinica presso la Facoltà medica e la direzione del Laboratorio micrografico dell'Ospedale Italiano; egli dirige anche la « Revista Sud-Americana de Inmunología, Endocrinología y Quimioterapía.

L'Istituto Biologico, sorto nel 1908 con intendimenti industriali e scientifici, è oggi uno dei più cospicui che si conoscano, per modernità d'impianti e per intensità di produzione. Gli uffici amministrativi hanno sede provvisoria in pieno centro di Buenos Aires, sull'Avenida de Mayo; nello stesso edifizio sono allegati i laboratorî per i bisogni più urgenti della Capitale; ma ora è stata decisa la costruzione di un grande edifizio *ad hoc*, di dieci piani, sulla magnifica Plaza del Congresso, prospiciente il Parlamento. I grandi impianti si trovano a Florencio Varela, tra Buenos Aires e La Plata; risultano di un edifizio principale e numerosi padiglioni; vi sono annessi 200 ettari di praterie, ove pascolano numerose mandre di equini e di bovini addette alla produzione di sieri e vaccini, separate da apposite divisioni.

Le varie Sezioni sono affidate a competenti di fama riconosciuta: Alois Bachmann, Carlo Spegazzini, Lorenzo Banti, Isidoro Jelicic.

L'Istituto ha promosso attivamente gli scambi colturali italo-argentini. Sotto gli auspici del sen. Lustig, ha fondato una borsa biennale, di oltre 50,000 lire it., perchè un medico argentino si rechi in Italia e vi compia studi di perfezionamento.

Per la protezione della maternità e dell'infanzia in Russia.

Il Commissario del Popolo per la Salute pubblica ha organizzato a Mosca un « Istituto scientifico statale per la protezione della madre e del bambino »; esso è diviso in tre sezioni: una per le donne, una per i bambini e l'altra scientifica speciale, comprendente i laboratorî clinici, un laboratorio batteriologico, un servizio di raggi X, un gabinetto anatomo-patologico, cucina per la preparazione di alimenti, un museo e una grande biblioteca; all'Istituto sono già iscritti 197 medici per corsi di perfezionamento e 454 levatrici e infermiere.

L'U. R. S. S. ha creato in Russia 673 crèches, 86 case per madri e per bambini, 432 consultorî per bambini, 243 consultorî per gestanti e 58 istituzioni diverse, tutte funzionanti dal 1° genn. 1925.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Mediz. Klinik, 21 ag. — F. MEGGENDORFER. Significato clinico delle dottrine sull'eredità. — H. HAENEL. Sonno e centro del sonno. — L. HAAS. Irradioterapia della tbc. delle vie aeree sup.

Evol. Méd.-Chir., lug. — J. SAIDMAN. I raggi ultra-viol. in patologia infant.

Riforma Med., 3 ag. — G. PASCALE. L'ulcera peptica del diverticolo di Meckel. — F. PICCININNI e E. LOMBARDI. Patogenesi dell'ossaluria.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 20 ag. — U. PARODI e S. RICCA. Atrofia olivopontocerebellare. — M. GOZZANO. Ricerche psicometriche su parkinsoniani post-encefalitici.

Münch. Med. Woch., 21 ag. — E. FRIEDBERGER. Igiene del vestiario specialm. maschile in estate. — G. GAUTER. Sui sintomi cosidetti vagotonici e simpaticotonici. — F. WIRZ e M. HIRSCH. Trattam. ambulatorio della gonorrea nella donna.

Zbl. f. Chir., 22 ag. — A. JAROTZKY. La dieta dopo la gastroenterostomia. — N. BERESNEGOWSKY. Sulla pielolitotomia. — M. HERZ. Coma acidosico non diabetico post-operativo.

Paris Méd., 15 ag. — DAUSSE e GÉRARD. I bagni ultra-viol. — BOHEC. Nautopatia e vago-simpatico.

Arch. di Ortop., 1. — S. CRAINZ. Cifo-scoliosi neoplastica. — R. ALESSANDRI. Condro-sarcoma osteoide dell'estrem. super. della tibia. — E. COMISSO. Raddrizzam. forzato della scoliosi. — U. CAMERA. Indicazioni ed esiti della dislocazione del grande trocantere. — P. BUONSANTI. Vitalità dei trapianti autoplastici.

Journ. Am. Med. Assoc., 8 ag. — E. ALLEN e E. A. DOING. L'ormone ovarico follicolare. — W. E. e R. C. GAMBLE. Tbc. del chiasma ottico. — C. ROSENHECK. Meralgia paraesthetica. — S. F. ABRAMS. Met. semplice di cauterizzaz. della cervice uterina.

Quart. Journ. Med., lug. — R. CRUICKSHANK. Ileocolite acuta dei bambini. — W. RUSSELL BRAIN. L'eredità nell'atassia ereditaria. — J. M. H. CAMPBELL. Il colesterol nello stato di salute e di malattia.

Acta Med. Scandin., III-IV. — T. E. HESS THAYSEN. Malattia somigliante lo sprue tropicale in Danimarca. — A. BARKMAN. Anisognosia nell'emiplegia cerebr. — G. HÖGLUND. Trombopenia essenziale. — K. M. HAUSEN e a. Glicemia e insulina.

Journ. de Méd. de Paris, 15 ag. — M. DELORT e P.-E. PERIGARD. I raggi ultra-viol.

Clínica (Montevideo), mar. — J. DE LEÓN. Il cloroformio come tenifugo. — apr., C. LIAN. Edemi degli arti infer.

Studios Medicos, giu. — F. HARO GARCIA. Cause e meccanismo della reaz. di Fahraeus.

Revue Méd. Suisse Rom., 28 ag. — F. NAVILLE. Castrazioni e sterilizzazioni terapeutiche e profilattiche in medicina soc. e psichiatria.

Paris Méd., 22 ag. — MAISONNET. Le disgiunzioni del pube e le lussazioni del bacino nei cavalieri; loro complicazioni urinarie.

Anales Faculd. Med. (Montevideo), apr. — J. CUNTRA. Elevazione congenita dell'emoplata. — N. L. BLOISE. Istruz. ed educaz. sessuale.

Clin. Pediatr., lug. — A. F. CANELLI. Gruppi sanguigni nei gemelli. — A. PAGANI CESA. Virus della mal. Heine-Medin.

Ann. di Ostetr. e Ginec., ag. — L. SCHIAFFINO. Durata della mestruaz. e sviluppo fetale. — G. DOSSENA. Incompatibilità sanguigna materno-fetale.

Riv. Ospedal., 15 lug. — A. NATALI. Sclerosi polmon. sifilit.

Folia Méd., 15 ag. — A. VASATURO. Megacariociti ed emoistoblasti in circolo nella leucemia mastgranulocitica.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 22 Marzo 1926 Fasc. 12

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DERMOSIFILOPATICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO.

Confronto fra mercurio e bismuto nella sifiloterapia

del prof. LUIGI PHILIPPSON, direttore.

Quando io vedevo i primi casi di sifilide, trattati con trepol (col primo trepol, il quale in appresso venne modificato nel preparato che ora porta questo nome) e potevo constatare il sollecito effetto curativo sui sintomi comuni di sifilide, il quale però era accompagnato da disturbi tossici più o meno gravi e cioè da stomatite, anzi stomatite ulcerosa, da enterite e da nefrite, io mi rammentavo di alcuni casi di sifilide, in cui con una sola iniezione mal dosata di salicilato di mercurio o di olio grigio, io ebbi gli stessi sintomi tossici, ma nello stesso tempo anche la rapida regressione di sintomi che prima avevano resistito allo stesso trattamento, fatto colle dosi usuali degli stessi rimedii.

E mi rammentavo ancora delle pubblicazioni sui risultati che conseguirono lo Scarenzio e i suoi allievi colle iniezioni sottocutanee di calomelano, usato nella dose di 20 cg., nella sifilide tanto secondaria, quanto terziaria; in ispecie anche in affezioni oculari, nei bambini eredosifilitici, anche lattanti (nella dose di 5 cg.), nella carie nasale, nelle gomme, nella sifilide cerebrale e via

dicendo. Gli effetti curativi si osservarono già nei giorni susseguenti l'iniezione e il trattamento si limitava ad una, due o tutt'al più tre iniezioni.

Se in seguito, quando il metodo era diventato di uso comune, non si sono più viste simili guarigioni rapide, ciò dipende dalla quantità del medicinale che viene usata, onde evitare e gli ascessi al punto d'iniezione e gli effetti tossici.

Quando poi io feci la conoscenza di altri preparati bismutici e sentii che per il trattamento della sifilide recente occorreva fare una serie di iniezioni, come si suol farlo coi preparati mercuriali, io non poteva fare a meno di pensare che la superiorità del Bi dipendeva non tanto da proprietà particolari del medesimo che lo distingue da Hg, quanto piuttosto dalla quantità maggiore di fronte a Hg, in cui può venire impunemente somministrato.

Noi abbiamo fatto delle prove appositamente, onde poter paragonare i preparati di Bi a quelli di Hg e a tale scopo abbiamo usato il Salbiolo, il quale secondo il suo preparatore, il prof. Silber, è stato composto « per poter in certi casi con vantaggio sostituire il calomelano ed altri sali di mercurio ».

È un sale organico che contiene 60 % di Bi metallico ed è sospeso in olio d'oliva al 10 %. Un cmc. della sospensione contiene quindi 6 cg. di Bi metallo. Per confrontarlo col calomelano, noi dobbiamo tener conto innanzi tutto dell'assorbimento del medicinale, depositato per mezzo dell'iniezione nei muscoli. Si sa che il sollecito, regolare e totale assorbimento del calomelano dipende oltre dallo stato fisico del medesimo anche dal veicolo, in cui vien somministrato. Noi dobbiamo pertanto fare il confronto con un preparato di calomelano, il quale non possiede i noti difetti di provocare delle forti reazioni al punto d'iniezione che ostacolano l'assorbimento e magari l'impediscono addirittura, formandosi attorno alla massa iniettata una cisti che col tempo o si svuota all'esterno o si circonda con tessuto fibroso.

Un buon preparato, sebbene cagioni sempre una leggera reazione, purnondimeno viene assorbito regolarmente e completamente. A giudicare dalla sensazione dolorifica che insorge circa 3 giorni dopo l'iniezione, occorre tanto tempo per trasformare tutta la quantità di calomelano iniettato in un derivato solubile di mercurio.

Il Salbiolo, come altri prodotti bismutici insolubili, non produce alcuna reazione locale o tutt'al più in grado assai lieve, talchè il suo assorbimento è garentito.

Per avere, con una sola iniezione, effetto curativo in roseola, in papule, in placche mucose, occorre una quantità di calomelano equivalente a 8,4 cg. Hg metallo. Altrettanto Bi metallo occorre col salbiolo.

Dunque qui non si vede ancora alcuna differenza fra i due metalli. Questa diventa invece evidente, quando si raddoppia la dose di salbiolo, il che, come si sa, con calomelano non è più possibile. Con una sola iniezione roseola e placche superficiali spariscono e la regressione di papule diventa più marcata di prima. Anche nel sifiloma e nelle linfo-glandole l'effetto è facilmente riconoscibile. Adoperando la stessa dose di salbiolo nelle gomme e nei tuberi il volume delle lesioni diminuisce visibilmente.

L'effetto curativo del Bi si può quindi accrescere, aumentandone la quantità e si può farlo, perchè all'opposto di quel che succede con Hg, non si verificano inconvenienti di sorta, innanzi tutto alcun fenomeno d'intossicamento.

Per stabilire la dose tossica del Bi, abbiamo propinato il salbiolo in quantità equivalenti a 0,24 e 0,27 cg. di Bi metallo in unica volta, tanto a persone sane, quanto a sifilitici. Tranne l'insorgenza dell'orletto gengivale grigio non abbiamo osservato alcun altro fatto, in ispecie alcuna alterazione renale.

Intanto questa dose si avvicina già alla dose tossica, perchè 0,24 ripetuta ad intervalli di 5 giorni 4 o 5 volte ha già provocato leggera albuminuria senza cilindri nè altri elementi renali. Questo effetto dannoso si spiega coll'accumulo di Bi nell'organismo il quale soltanto poco a poco si elimina come risulta dal fatto che dopo una sola iniezione di salbiolo il Bi si trova nelle orine ancora 6 giorni dopo. (Scudero, *Ricerca del Bi nelle orine*, « Riv. San. Sicil. », 1925, n. 14).

Quindi in un dato momento la quantità di Bi, circolante nell'organismo, diventa troppo grande per la tolleranza.

Se fissiamo la dose tossica con 30 cg. di Bi, quella utilizzabile possiamo determinare in 20 cg., la quale corrisponde difatti a quella che noi usiamo correntemente negli adulti (per comodità di dosaggio le fialette di 3 cmc. contengono 18 cg.).

In confronto al Hg si può quindi usare il Bi in doppia quantità nella singola iniezione e questa dose per di più dista sufficientemente dalla dose tossica, mentre 10 cmc. di Hg è già al limite della tossicità e non vien tollerata che da uomini robusti, per cui, come si sa, spesso non ne viene usato che la metà per iniezione.

Il principio della cura tipica della sifilide recente si è di tener l'organismo sotto l'azione del rimedio allo stesso tasso per un certo tempo. L'esperienza aveva insegnato che per il calomelano alla dose singola di 8,4 cg. Hg necessitano 10 iniezioni, fatte ad intervalli di una settimana.

La bismutoterapia, fino dal principio, è stata eseguita in simil modo, ripetendo le 10 iniezioni a più brevi intervalli, ogni 4-5 giorni, il che era possibile, perchè il rimedio è meno tossico del Hg. Anche il salbiolo vien somministrato alla dose di 18 cg. Bi ogni 5 giorni per 10 volte.

Un altro pregio del Bi in confronto al Hg è quello di non provocar infiammazione nel tessuto, in cui viene iniettato. Certamente lo sperimentatore, il quale ha di mira di scoprire un nuovo rimedio, non ha da preoccuparsi dell'effetto locale del medesimo e così era successo al Levaditi e al Sazerac di consegnare ai medici un preparato bismutico che sotto questo riguardo peccava come Hg nelle cure fatte dallo Scarenzio. Il difetto fu presto corretto, talchè oramai è ben nota l'innocuità locale dei preparati bismutici.

Ciò noi apprezziamo ancora in modo speciale nelle persone che per la loro professione frequentemente non sono in grado di eseguire una buona cura per mezzo delle iniezioni di calomelano, e cioè artisti, viaggiatori di commercio, naviganti e ferrovieri. Avendo avuto occasione di prescrivere agli stessi il salbiolo, tanto io, quanto loro, noi siamo rimasti molto bene impressionati e dalla tolleranza e dall'efficacia della cura, sebbene la sorveglianza medica fosse stata manchevole o mancasse affatto.

Quel che c'insegnano le prove con salbiolo vale anche per gli altri preparati bismutici in sospensione.

La singola dose di trepol contiene da 12-16 cg. di Bi metallo, vien somministrato ogni 5 giorni e se ne fanno 10 iniezioni per un turno di cura.

Quella di neotrepol (Bi metallo in sospensione) ne contiene da 14-19 cg. e si somministra nello stesso modo.

I sali organici, in cui la singola iniezione contiene meno Bi, come Bismogenol con 6-9 cg., Oleo Bi con 10 cg., Mesurol con 11 cg., Milanol con 10 cg. e Casbis con 10 cg., richiedono più frequente somministrazione ogni 2 o 3 o 4 giorni e numero maggiore d'iniezioni fino a 15.

Come si vede, il minimo di Bi della singola dose sono 10 cg., ma coi preparati di Levaditi e Sazerac si arriva fino a 16 e 19 cg., dose che si avvicina ai 20 cg., stabiliti da noi in base al salbiolo.

Apparentemente il Quinby (jodochinato di Bi) fa eccezione, perchè 1 cmc. non contiene che un quarto del Bi, contenuto, p. e., in 1 cmc. di neotrepol. Ma dalla posologia prescritta risulta chiaramente che in realtà anche con questo preparato si mira a raggiungere la quantità di Bi degli altri. In 3 cmc. del preparato, che si usano per la dose singola, si hanno 7 cg. di metallo; l'iniezione si ripete ogni 3 giorni per 24 volte, cosicchè s'incorporano 1,72 g. di metallo, quantità che cogli altri preparati si raggiunge invece in 10 iniezioni.

Del resto non è stato composto di proposito con jodo e chinino. Il Levaditi nella sua monografia: *Il Bismuto nel trattamento della sifilide* dice: « L. Fournier ha avuto l'idea di utilizzare il precipitato rosso di jodobismutato di chinino che si forma nella ricerca di Bi nelle orine col reattivo de Léger, modificato da Aubry che contiene joduro di potassio e chinino ».

Pertanto la spiegazione che si dà della sua composizione, come se fosse fatta, onde « agire sulle spirocheti in tre modi differenti per mezzo di tre rimedii » è stata trovata soltanto dopo. Difatti dalla presenza di jodo e di chinino non risulta niente di speciale nell'effetto curativo, il quale, appunto per avvicinarsi a quello di altri preparati con maggiore tasso di Bi, non vien raggiunto che coll'espediente sumenzionato.

Identici a Quinby sono Rubyl, Iobichin, Spirobismol e Vijochin.

I preparati solubili di Bi si comportano come quelli corrispondenti di Hg. Contengono minori quantità di metallo che i preparati insolubili, per cui vanno somministrati a più brevi intervalli e in maggior numero d'iniezioni per un turno di cura nella sifilide recente. P. e., il luatol che è tartrobismutato disciolto, e cioè lo stesso sale che nel trepol si trova in sospensione, non contiene che un quarto o un quinto di Bi che si usa per la singola iniezione di questo. Quindi necessita fare l'iniezione a giorni alterni e ripetendola 20 volte non si arriva che a 64 cg. di Bi, mentre col trepol in una cura quasi a 2 g. di Bi.

Volendoli usare in quantità maggiore nella singola iniezione, per avere effetto curativo maggiore, s'incontra lo stesso ostacolo, come coi preparati mercuriali e cioè la forte reazione al punto d'iniezione. Si sa che si è tentato d'usare, p. e., il sublimato anzichè all'1 % al 2 %, ma bisognava rinunziarvi a causa del forte dolore.

Il Bi colloidale contiene ancor minore quantità di metallo: Bismucol in 1 cmc. 5 mg., bismuthoidal 4 mg.; del primo la singola iniezione arriva fino a 5 cmc. ogni 5 giorni, del secondo fino a 2 cmc. ogni 2 giorni. Secondo l'esperienza del Cacioppo, fatta in questa Clinica, il Bismucol ha effetto curativo sui sintomi della sifilide recente, ma, pare, che sia soltanto transitorio. Un confronto col preparato corrispondente del Hg io non posso fare perchè non l'ho mai usato e del resto sebbene esista già da molto tempo, Hg colloidale non è mai entrato in uso. Invece confrontandolo a preparati, come bijoduro di mercurio e enesol (contenente oltre Hg anche As) che sono bene sperimentati, si può dire che anch'essi, seb-

bene non contengano che circa 4 mg. di Hg per iniezione, siano capaci dello stesso effetto curativo.

Vedendo che il numero dei preparati bismutici di giorno in giorno va crescendo, si ha l'impressione, come se la farmacologia avesse l'intenzione d'imitare quel che era successo per i preparati mercuriali, i quali, dacchè esiste il metodo delle iniezioni, sono diventati assai numerosi. Allora la ragione di andare in cerca di sempre nuovi preparati stava nel fatto che i primi sali mercuriali con alto tenore di metallo, sublimato e calomelano, avevano i difetti di esser tossici e localmente molto irritanti, il che appunto si voleva evitare. Si arrivò alla fine a preparati affatto tossici e non irritanti, però sacrificando completamente tanto il vero scopo, per il quale era stato introdotto il metodo delle iniezioni, e cioè di far scomparire rapidamente i sintomi, quanto il principio che in seguito guidava la terapia della sifilide recente, e cioè d'introdurre nell'organismo una quantità sufficiente di mercurio e tenere il suo tasso alla stessa altezza per un determinato tempo, onde impedire le recidive.

Difatti in massima parte i preparati mercuriali in uso non sono capaci di altro che di far scomparire i sintomi lentamente e per di più debbono venir propinati di frequente e magari giornalmente, e per avere effetto duraturo vengono somministrati in serie d'iniezioni per mesi e mesi. Intanto il calomelano con tutti i suoi effetti è rimasto, come sessanta anni fa, sempre il migliore rimedio e col tempo è entrato in uso generale. Si è riusciti a farne un preparato molto meglio tollerabile di prima e si è imparati a eseguire col medesimo le cure secondo lo scopo proposto.

Ora, siccome i preparati bismutici ad alto tenore di metallo non posseggono affatto i difetti dei corrispondenti preparati mercuriali, viene a mancar del tutto la ragione di sostituirli con altri più deboli.

E neanche può valere qui il principio di combinare una sostanza attiva, ma tossica, con un'altra, onde diminuirne la tossicità, appunto perchè nella dose curativa il Bi non è tossico, per cui, p. e., l'associazione con As non corrisponde ad un bisogno. Lo stesso vale anche per i preparati bismutici con jodo e con chinino summenzionati.

Fin dai primi tempi della Biterapia si è parlato di una particolarità di questo metallo che Hg non possiede e cioè di attraversare le meningi e di penetrare nel liquido rachidiano. Il Fournier, lo scopritore di Quinby, è stato il primo che abbia osservato questo fatto e dopo di lui sono venuti altri autori di Parigi che l'hanno confermato. Questo fatto era di grande importanza anche scientifica, perchè per lo innanzi i plessi coroidei furono creduti quasi impervi per delle sostanze chimiche farmaceutiche, di cui per il nostro argomento importano mercurio, arsenico e joduro di potassio. La presenza di mercurio non si è mai potuta constatare, l'arsenico non si è trovato che in quantità minime e il joduro fu rintracciato dal Cavazzini, invece dal Sicard e dal Rotky no. Ora ulteriori ricerche di Bi nel liquido sono riuscite invece infruttuose. Anzi il Jeanselme di Parigi che precedentemente aveva fatto una pubblicazione confermativa, in una pubblicazione posteriore (1924, *Presse Médicale*) ha dovuto ricredersi. Anche noi abbiamo voluto far delle ricerche in proposito e il dott. Amodei in 32 esami del liquido di ammalati trattati con Bi non ha avuto che risultati negativi (1924, n. 17, *La Cultura Medica Moderna*). Quindi anche sotto questo punto di vista, pare che non esista differenza fra Bi e Hg.

Una particolarità del Bi che si nega al Hg è il suo potere spirocheticido. Hg non agirebbe sulla malattia che facendo i tessuti inadatti alla vita delle spirocheti, Bi, come As, invece direttamente sulle medesime. Questa distinzione fra i rimedi antisifilitici deriva dalla patologia sperimentale, la quale studia l'effetto curativo dei rimedi nel coniglio, infettato con spirocheti, e lo misura coll'effetto deleterio che essi hanno sulle medesime. Ora, siccome il coniglio sopporta male Hg, invece molto meglio As e Bi, Hg non può esser somministrato che in dosi deboli.

La mancanza di proprietà spirocheticida o, per dirlo più esattamente, l'azione assai debole dei preparati mercuriali nella sifilide del coniglio, potrebbe quindi anche dipendere dalla quantità insufficiente, in cui vengono usati.

Questa supposizione è ammissibile, perchè nella sifilide della scimmia Hg, secondo il Neisser, conduce alla guarigione radicale, come gli risultava dalla possibilità di reinfezione dopo la cura mercuriale e dalla non infettività degli organi di scimmie sifilitiche, trattate con mercurio. Del resto la proprietà spirocheticida non è da ritenersi per una semplice proprietà disinfettante, come lo dimostrano gli sperimenti, fatti in vitro col salvarsan e col bismuto (usati in quantità adatte) sulle spirocheti, le quali non vengono annientate. Secondo il Levaditi occorre l'aggiunta di un pezzo di fegato di coniglio (o anche di altri organi), perchè Bi spieghi la sua azione germicida. Quindi l'effetto curativo di Bi sull'organismo sifilitico non è soltanto merito del rimedio, ma anche dello stesso organismo che vi deve contribuire. In conclusione i fatti sperimentali non ci obbligano a vedere una differenza fondamentale fra il modo d'azione di Hg e di Bi nè ad abbandonare l'idea, che si tratta semplicemente di differenza quantitativa.

Per le ragioni suesposte Bi, nella sua applicazione terapeutica, può esser considerato quale Hg disintossicato. Chi ha esperienza nella terapia della sifilide col calomelano, si familiarizza senz'altro colla bismutoterapia. I risultati che egli può ricavarne sono uguali a quelli che già 60 anni fa lo Scarenzio e i suoi seguaci avevano conseguiti col calomelano. Con 1 o 2 o 3 iniezioni di 20 cg. di calomelano videro la guarigione dei sintomi della sifilide secondaria e terziaria, come oggi la vediamo con altrettante iniezioni di preparati bismutici ad alto tenore di Bi. E come allora il Mora non si peritava di fare lo stesso trattamento pure nei bambini eredosifilitici con un quarto della dose usuale, così noi l'abbiamo sperimentato p. e. col salbiolo, pure nella stessa proporzione. Se con Bi si prescrive di eseguire una cura con una serie di iniezioni, uguale nei preparati più efficaci a quella di calomelano, ciò si fa perchè si mira anche ad un effetto sull'infezione stessa e non soltanto sui sintomi, come allora. Ulteriori esperienze insegneranno, se veramente sia necessario o meno il ripetere le cure per parecchi anni, come siamo abituati a farlo col calomelano, dopochè le alte dosi, usate dallo Scarenzio, furono ridotte alla metà e magari anche ad un quarto.

NOTE DI TECNICA.

CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. UNIV. DI PISA.

Sull'uso della carta-pergamena in chirurgia.

Prof. DOMENICO TADDEI, direttore.

Un materiale semplice, poco costoso, che si trova facilmente, che si sterilizza perfettamente, sia a secco, sia coll'ebollizione, che è impermeabile e che può rendere e rende straordinari servizi in chirurgia, è fornito dalla carta-pergamena. Si tratta della comune carta-pergamena, che si vende ovunque a metri o a rotoli, che serve per involgere materie alimentari (burro, cioccolata, ecc.) e materiali sterili chirurgici (fascie, cotone, ecc.).

Ho visto adoperare questo materiale quasi esclusivamente nella Clinica del prof. Burci a Firenze, quando io ho avuto l'onore di esservi assistente ed aiuto. L'ho successivamente sempre adoperato su più larga scala. Molti dei chirurghi e dei medici, che ne hanno visto l'uso nelle Cliniche da me dirette, l'hanno adottato e molti mi hanno riferito per scritto od a voce il loro compiacimento.

È specialmente però al medico pratico, che deve esercitare la piccola chirurgia nell'ambulatorio o nella casa privata che questo materiale è più che utile, necessario o indispensabile, se vuol fare le cose esattamente.

Un materiale d'isolamento impermeabile, facile ad aversi e sicuramente sterilizzabile a secco (in un comune tamburlano o cestino o scatola da medicatura, dove la carta viene piegata in 4, in 8, in 16, senza comprimerla), si presta per il chirurgo di Ospedale o di Clinica a questi vantaggi.

1) È utile per l'isolamento del campo operatorio: i comuni telini sterili sono abbastanza bene isolanti, quando non sono bagnati; ma quando si bagnano di sangue o di liquidi, si stabiliscono delle correnti di capillarità, che possono essere veicolo di trasporto di germi dal piano superficiale al profondo o viceversa.

Io uso comunemente questa tecnica: copro largamente il paziente con uno o due fogli di carta di circa 1 mq. di lato; strappo o taglio un tratto di carta corrispondente alla sede della futura ferita ed alle sue immediate vicinanze e quindi applico al di sopra i comuni telini di tela sterilizzati, che restano così isolati dal malato mediante uno strato impermeabile. Specialmente importante è questo isolamento nei tratti più distanti dal campo operatorio, dove non esiste sterilizzazione.

2) È utile per l'isolamento dei piani dove si pongono gli strumenti: io faccio applicare uno o più fogli di carta sul tavolo o sui tavoli, dove si depongono i ferri sterilizzati, la medicatura sterile, ecc. Sullo strato impermeabile di carta si stendono poi telini o lenzuolini sterilizzati.

Specialmente sul tavolo, dove sono disposti i ferri, è utile, perchè i ferri tolti dal recipiente dove hanno bollito, pure lasciandoli bene scolare, bagnano i telini e, se questi non sono a molti doppi, si può per opera del liquido, che arriva fino al piano del tavolo sottostante, avere contaminazione del materiale deposto.

3) È utile per isolarsi in numerosissime contingenze che nell'Ospedale o nella Clinica possono capitare: basterà accennarne qualcuna:

Per isolarsi durante un sondaggio dell'uretra, basta stendere un foglio sul ventre e sulle coscie del paziente, praticare una piccola apertura tondeggiante per fare uscire il pene.

Per deporre ferri sterili o no durante una medicatura, basta stendere un foglio di carta su un tavolo vicino. Per isolare una rete di quelle che si trovano nei comuni bollitori e che servono per estrarre gli strumenti bolliti senza bisogno di togliere gli strumenti e disporli, basta stendere un foglio su di un tavolo, su di un comune portacatino per avere i ferri pronti sicuri e perfettamente isolati.

4) È utile per impedire che si insudici la biancheria quando si medichino ferite che scolano pus o liquidi di lavaggio: basta applicare al di sotto

del malato o sul margine del tavolo (medicature ginecologiche, del perineo, dell'ano, ecc.) un foglio di carta.

E gli esempi si potrebbero moltiplicare.

Io che adopero abitualmente questo materiale e l'ho sempre pronto sterile in comuni bidoni o scatole, ne trovo ogni giorno la necessità dell'uso, e la indicazione per applicazioni, in casi comuni o no. Essa non sostituisce solo la gomma laminata, il Makintosch, i teli impermeabili; oltre ad essere meno costosa, di più facile sterilizzazione senza alterarsi, ha più larghe applicazioni per isolamento di medicature fenestrate, isolamento di medicature vicine ai genitali, alla bocca, all'ano, per impedire che le medicature si bagnino, ecc.

La carta pergamena serve anche tagliata a striscie per impedire che aderiscano le medicature alle ferite: ad es. sugli innesti dermo-epidermici.

Ma è, ripeto, specialmente il medico che troverà nella carta-pergamena un ausilio prezioso e pratico.

Non avendo di solito autoclave per sterilizzare dei teli, il medico non ha modo d'isolarsi per fare anche una incisione o una iniezione endovenosa: se usa dei teli bolliti, questi se bagnati non sono isolanti, si raffreddano rapidamente e quindi sono dannosi o mal tollerati se a contatto della cute del paziente.

Con alcuni pezzi di carta-pergamena bollita in una comune pentola egli ha un ottimo e sicuro materiale di isolamento: per impedire che il foglio bagnato venga a contatto della cute del paziente e togliere così l'eventuale impressione di freddo, basta che disponga intorno al campo operatorio dei teli, degli asciugamani, dei lenzuolini asciutti di bucato e quindi disponga al di sopra uno o più fogli di carta, che perforerà o taglierà nel punto limitato al campo operatorio.

Oltre che per l'isolamento diretto del campo operatorio, la carta-pergamena serve per l'isolamento indiretto. Basta disporre su un tavolo, sul letto stesso del malato un foglio di carta per deporvi e mantenere isolati ferri, materiale di medicatura, ecc. La carta stessa serve per il trasporto sicuro di materiale sterilizzato: basta stendere un foglio di carta, deporvi il materiale, quindi prendere i margini della carta, avvicinarli e piegarli come fa il farmacista per una cartina. Quando è arrivato sul posto il medico non ha che spiegare e distendere il foglio su un piano qualunque senza toccare la superficie interna per avere il materiale sterile e sicuramente isolato.

Dopo quanto ho detto non c'è, io credo, bisogno di insistere sui vantaggi, sulla praticità, sulla semplicità, sulla economicità dell'uso della carta-pergamena. Esso rappresenta un materiale difficilmente sostituibile: provarlo vuole dire adottarlo e riconoscerlo più che utile indispensabile.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

BREFOTROFIO PROVINCIALE DI ROMA.
Direttore: Prof. M. FLAMINI.

Le sindromi eritro-leucemiche nei lattanti.

Dott. GIUSEPPE BARBERA, assistente.

Nelle emopatie del bambino, più frequentemente che nell'adulto, avviene che di fronte a un medesimo stimolo si abbia reazione sia da parte dell'apparato leucoblastico che da quello eritroblastico. E ciò a causa della maggiore suscettibilità e attività degli organi, emoformatori nell'infanzia

Più difficile riesce quindi una netta classificazione che si basi unicamente sulle alterazioni anatomiche dei varii sistemi o sull'esame degli elementi patologici nel sangue circolante.

È per ovviare a queste difficoltà che i varii ricercatori hanno aggiunto, e molte volte cercato di far prevalere ai due sopracitati criteri il criterio clinico.

Ideale per oggi non ancora raggiunto, sarebbe stato una classifica etiologica. Pur essendo ancora lontani da una luce completa, molti osservatori, e citiamo fra i primi Petrone, Di Cristina, Francioni, Caronia, De Stefano, Mensi, Cantarena, Hallez, ecc., hanno portato in questi anni un notevole contributo all'etiologia di una delle forme più frequenti nell'infanzia: l'anemia splenica o anemia spleno-megalica.

Dopo un eccesso di analisi che portava a un pericoloso e confusionario smembramento di forme morbose patogenicamente simili, si giunge, secondo noi, a un eccesso opposto accettando le idee di Simon e Marfan per cui le diverse forme di anemia dovrebbero essere riportate a un tipo clinico unico con diverse forme di transizione, dall'anemia semplice alla splenomegalica e alla pseudoleucemica.

Considerando poi la pseudoleucemia secondo le vedute di Tixier e molti altri autori in stretti rapporti con la leucemia mieloide, e molte osservazioni oggi ci dimostrano il rapido passaggio di stati pseudoleucemici in leucemie mieloidi conclamate, ci sarà facile constatare come pur ben rispondendo a un criterio etiologico, non è possibile soffermarsi a questa prima grande categoria, ogni qualvolta che si voglia giungere a una diagnosi più precisa e possibilmente patogenetica.

Sarà allora necessario un attento e ripetuto esame del sangue e un'accurata osservazione clinica; dal complesso di questi dati obiettivi potremo spesso comprendere e assegnare il caso in questione a una delle suddivisioni del grande gruppo delle emopatie.

Ma come infinitamente vario può essere il quadro clinico così può variare la formula emato-

logica pur rimanendo costante il criterio del grado dell'indifferenzazione cellulare.

Premesse queste poche considerazioni, veniamo alla presentazione del caso occorso alla nostra osservazione:

S. L., di 33 giorni di vita. Madre affetta da malaria cronica. Wassermann negativa. La bambina è stata finora allattata dalla madre ed ha con essa abitato in località fortemente malarica.

Peso gr. 3050. Rilevante pallore della cute e delle mucose. Stato soporoso e sofferente. Milza palpabile un dito sotto l'arco, di consistenza dura. Fegato nei limiti. Nulla a carico dell'apparato respiratorio e del cuore. Applicando un laccio al terzo inferiore del braccio si ha rapida comparsa di emorragie puntiformi nella regione volare dell'avambraccio. Esame orine: nulla di patologico. R. W. negativa. R. di Pirquet negativa. Esame del sangue: presenza di parassiti malarici (plasmodium vivax). Esame delle feci per la ricerca di parassiti: negativo. L'ammalata si è sempre conservata apirettica.

Si inizia cura chininica per os (centg. 25 pro die). Il peso della bambina diminuisce sino a 2800 gr. pur mantenendosi una regolare alimentazione al seno.

Al 60° giorno si nota aumento di peso (gr. 3200). Stato generale migliorato. La cute e le mucose appaiono più colorate.

Al 90° giorno le condizioni del piccolo infermo sono ancora migliorate, il peso ha raggiunto i 4100 gr. La milza si palpa ancora un dito sotto l'arco, il bordo è duro e sottile. Micropoliadenia generalizzata. In questo periodo di tempo è stata somministrata intensa cura arsenicale.

Esami del sangue praticati a regolari intervalli ci hanno dato i seguenti risultati:

15 ottobre: Gl. r. 800,000; Gl. b. 120,000; Hb. 25; Val. glob. 1,5.

Emocitoblasto 1; Mieloblasto 7; Metamielocita neutr. 4; Mielocita 5; Prolinfocita 3; Monoblasto 1; Polinucleati neutrofili 41; Polinucleati eosinofili 1; Polinucleati basofili 3; Monociti 24; Linfociti 11; Proeritroblasto; Gl. r. clorotici; C. di Turk 1.

30 ottobre: Gl. r. 1,200,000; Gl. b. 86,000; Hb. 30; Val. glob. 1,25.

Emocitoblasto 2; Emoistioblasto; Mieloblasto 5; Mielociti 2; Promielociti 4; Polinucleati neutrofili 51; Polinucleati basofili 4; Monociti 7; Linfociti 20; Eritroblasti; Proeritroblasti; Policromatofilia, neutr. e basof.; C. di Rider; Fig. di Calbot; Iperpriastrinosi.

15 novembre: Gl. r. 2,000,000; Gl. b. 10,000; Hb. 70; Val. glob. 1,75.

Emocitoblasto 2; Mieloblasto 4; Mielociti neutrofili 2; Prolinfociti 7; Polinucleati neutrofili 56; Polinucleati basofili 2; Monociti 11; Linfociti 18; Emazie a punteggiatura basofila; Proeritroblasti; Policromatofilia.

1 dicembre: Gl. r. 2,000,000; Gl. b. 14,200; Hb. 80; Val. glob. 2.

Emocitoblasto 2; Mieloblasto 4; Mielocita neutrofila 7; Mielocita basofila 4; Polinucleati neutrofili 62; Polinucleati basofili 3; Monociti 7; Linfociti 13; Policromatofilia; Anisocitosi; Poichilocitosi.

15 dicembre: Gl. r. 2,000,000; Gl. b. 17,600; Hb. 80; Val. glob. 2.

Mieloblasti 3; Mielocita neutrofilo 6; Mielocita basofilo 2; Polinucleati neutrofili 60; Polinucleati basofili 3; Monociti 14; Linfociti 12; Proeritroblasti; Anisocitosi.

Uno dei primi fatti che ci accingiamo a esaminare è la causa di questa emopatia. Possiamo qui escludere, con quasi sicurezza, la lues e la tubercolosi. Vi è però un fattore a cui crediamo di dovere assegnare nel nostro caso una certa importanza: la malaria cronica materna. Non può infatti essersi esplicata da parte della tossinfezione materna un'azione deleteria per gli organi emopoietici in via di sviluppo? Non è quindi improbabile che su questi giovanissimi organi in stato di equilibrio instabile sia bastata una minima causa a produrre la sindrome da noi riscontrata. E questo *quid novum* è nel nostro caso rappresentato dall'infezione da plasmodium vivax.

L'eritroleucemia nel caso tipico del Di Guglielmo è rimasta malattia rarissima. In nessuna delle osservazioni che si sono susseguite si è potuto riscontrare il quadro ematologico completo: qualitativo e quantitativo.

Se il numero dei casi descritti è ancora piuttosto raro, ciò dipende che molti di essi sono stati classificati tra le leucemie mieloidi o altra affezione con intensa reazione eritroblastica secondaria. Ma a tal proposito crediamo, seguendo in ciò le idee del Ferrata, che non sempre la classifica sia esatta. Se infatti gli eritrociti con corpi di Jolly ed anche gli eritroblasti ortocromatici possono esser messi in funzione di fenomeni reattivi secondari a una leucemia mieloide, lo stesso non può dirsi per gli eritroblasti policromatici e specialmente basofili, elementi profondamente immaturi i quali quando vanno incontro a iperplasia e diventano circolanti stanno a dimostrare che il sistema eritroblastico è stato primitivamente colpito dallo stesso agente morboso che ha colpito il sistema leucoblastico del tessuto mieloide.

A simiglianza di ciò che avvenne per le leucemie acute, ultimamente gli ematologi hanno sminuito molto l'importanza delle alterazioni quantitative della serie rossa e bianca.

La presenza di elementi veramente immaturi e indifferenziati è sufficiente espressione di altera zioni primitive degli organi emopoietici.

Secondo il Ferrata basta a impedire il tipico quadro dell'eritroleucemia:

1) una esaltata attività eritrolitica della milza;

2) una attività eritrolitica svolta da parassiti o protozoi;

3) messa in circolo di globuli rossi meno resistenti;

4) insufficiente evoluzione eritroblastica.

Nel nostro caso nei primi giorni di osservazione ha senza dubbio influito il primo e il secondo di

questi fattori nella considerevole diminuzione numerica dei globuli rossi.

Colla distruzione del parassita operata dal chinino il numero delle emazie si è immediatamente elevato.

La presenza costante di proeritroblasti, di eritroblasti, di emazie policromatofile per la serie rossa; di mieloblasti, di mielociti per la serie bianca; di elementi indifferenziati quali gli emocitoblasti; il loro rapporto numerico percentuale ci hanno indotto alla diagnosi di eritroleucemia.

La presenza poi di emoistioblasti in circolo, da noi una sola volta riscontrati, trova spiegazione in lesioni estendentesi alla parte connettivale del tessuto mieloide. Ma nel bambino in cui le reazioni sono più facili che nell'adulto, non crediamo di dovergli attribuire grave significato.

Le modificazioni avvenute nei due mesi di nostra osservazione le crediamo in parte imputabili alla cura chininica e arsenicale.

Reputiamo il nostro caso non privo di interesse in quanto dimostra l'importanza che può avere la malaria nel determinare da parte degli organi emopoietici del bambino una reazione a tipo eritroleucemico.

Tale stimolo sufficiente nel bambino al punto da assumere il carattere di elemento etiologico, non ha il medesimo valore per l'adulto, ove il tessuto mieloide difficilmente risponde agli stimoli tossico-infettivi con simile reazione.

Nei casi riscontrati devesi supporre, secondo Di Guglielmo e Ferrata, che si trattava di un particolare stato preesistente su cui il fattore tossico-infettivo ha agito come *spinta* etiologica e non come vera causa.

*
* *

I miei più vivi ringraziamenti al prof. M. Flamini, direttore del Brefotrofio, per i consigli e gli aiuti prodigatimi nel presente studio.

Dicembre 1925.

BIBLIOGRAFIA.

DE STEFANO. Pediatria, 1922.
CARONIA. Pediatria, 1914.
DE CAPITE. Pediatria, 1924.
FERRATA. *Le Emopatie.*
MARTELLI. *Malattie del sangue e degli organi emopoietici*, 1913.
ID. Riforma Medica, 1914.
WEILL et DUFOURT. Arch. de med. des enf., 1925.
CARONIA. Pediatria, 1922.
FERRO. Haematologica, 1922.
STERNBERG. Verh. D. path., 1912.
GAUTIER et THEVENOD. Le nourisson, 1923.
L. W. SMITH. Anemic. Jour. of Dis of Ch., 1921.
DI CRISTINA. Pediatria, 1911.
COZZOLINO. Trattato di Pediatria, 1926.
CANTILENA. Cl. Ped., 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

UROLOGIA.

Casi di cistite amebica.

(G. FRANCHINI. *Pathologica*, vol. XVII, n. 396-406, p. 271-550, 1925).

Si tratta di infermi di Medicina (Bologna), paese con epidemia di dissenteria amebica:

1) Donna di 28 a. Da 3 anni gastroenterite; da 2 anni affetta da bruciore nella minzione, dolori nella regione soprapubica. Per quest'ultimi fu curata con irrigazioni vescicali; le iniezioni di emetina fecero migliorare la sindrome enterica (nelle feci entamoebe istolitiche) e migliorare i disturbi vescicali. Sospese le iniezioni ebbe riacutizzazione dei disturbi intestinali e vescicali. In tali condizioni all'esame microscopico del sedimento urinario, globuli bianchi, corpuscoli rossi, qualche batterio; non bacilli di Koch; entamoebe histolitiche forme vegetative ed incistate. Cura emetinica: miglioramento della sindrome enterica e vescicale.

2) Uomo di 43 a. Da 3 mesi bruciore alla minzione, pollachiuria, piuria, ematuria. Mai disturbi intestinali, ma fatto purgare si rinvennero nelle feci protozoi varii ed entamoebe. Nel sedimento urinario corpuscoli di pus, emazie, forme vegetative di entamoeba istolitica.

3) Donna di 23 a. Un anno prima durante la gravidanza dissenteria; da 4 mesi dolori nella regione soprapubica, pollachiuria, minzioni frequenti e dolorose. Nel sedimento urinario entamoebe istolitiche in forma vegetativa, scarsi batterii; non bacilli di Koch. Nelle feci anche ameba histolitica.

4) Donna di 22 a. Saltuariamente sindrome dissenterica. Da 8 mesi, in gravidanza, senso di peso soprapubico, bruciore alla minzione, pollachiuria, piuria intensa. All'esame del sedimento urinario leucociti ed eritrociti abbondantissimi; batterii; non bacilli di Koch; entamoebe istolitiche sotto forma vegetativa e cistica.

5) Donna di 22 a. Dopo un parto, da un anno e mezzo saltuariamente disturbi intestinali con manifestazioni dissenteriche. Dopo alcuni mesi dal parto dolori soprapubici e perineali, pollachiuria, piuria, urine ematiche. In seguito a cure, imprecisabili, miglioramento. Da pochi giorni riacutizzazione della sindrome cistitica. Nel sedimento urinario leucociti, emazie, entamoebe istolitiche in forma vegetativa, come nelle feci; non bacilli di Koch.

L'esame cistoscopico rilevò lesioni ulcerative della mucosa vescicale, ed il reperto sarà illustrato dall'urologo.

In quanto alla cura i casi innanzi citati con iniezioni di cloridrato di emetina e con lavande vescicali, le tre ultime inferme, hanno subito notevole miglioramento. L'A. riconosce che la cistite amebica colla cura specifica è più resistente delle forme intestinali. Perciò suggerisce l'emetina per iniezione endovenosa piuttosto che per via sottocutanea, ed unendola al cloruro di calcio.

Petzetakis ha avuto un caso di cistite amebica senza dissenteria. Perciò insiste sul concetto dell'amebemia, che spiega anche i casi di bronchite amebica, nefrite amebica, ecc.

In 4 casi del Franchini si trattava di donne con amebiasi intestinale concomitante, e non si può escludere quindi la propagazione per via anale al meato urinario. Solo nell'uomo si può pensare all'amebemia. I caratteri morfologici dell'amebe fanno accertare che si tratti della entamoeba histolitica.

Giovano specialmente le lavande vescicali con soluzioni di stovarsol. JURA.

La tecnica delle istillazioni di bleu di metilene nella cistite tubercolare.

(BLANC. *Journal d'Urologie*, n. 2, 1925, vol. XX).

Considerando che il bleu di metilene, alle volte, non dà ottimi risultati nella cura della cistite tubercolare, l'A. passa in rassegna e critica la tecnica di tali instillazioni prendendo in esame:

1) La *soluzione* che deve essere fatta con bleu di metilene chimicamente puro. Il prodotto infatti, spesso è impuro per la presenza specialmente di sali di rame, che possono essere molto irritanti per la mucosa vescicale. La soluzione deve, inoltre, essere fatta più completa possibile e deve essere filtrata, in questa proporzione:

Bleu di metilene chimicamente puro gr. 1.
Siero fisiologico gr. 100.

La soluzione sarà iniettata tiepida, in modo di essere bene tollerata. Tanto il caldo eccessivo che il freddo riescono irritanti per una vescica affetta da tubercolosi.

Occorre perciò, mettere la soluzione in bagnomaria e servirsene quando è tiepida.

2) La *quantità da iniettare*: l'A. consiglia di cominciare le iniezioni con *5 cmc. e*, se è necessario, con meno per giungere *fino a 10 cmc.*

Tutto dipende dalla capacità vescicale e non si deve mai iniziare l'istillazione senza essersi assicurati della continenza della vescica.

In una vescica incontinente infatti, non verranno punto tollerati 10 cmc.; si comicia perciò *con 2 cmc.* e si giunge *a 5 cmc.* Non si deve mai sorpassare la quantità *di 10 cmc.*

Se malgrado tali precauzioni, l'istillazione di una soluzione *all'1* % è mal sopportata, si userà una soluzione *al 2* %, ma ciò accade eccezionalmente.

3) *Lavaggio della vescica.* Se la piuria è intensa, è opportuno praticare il lavaggio della mucosa vescicale, in modo che la soluzione del bleu possa impregnare le lesioni. Per il lavaggio si userà o *siero fisiologico* o *ossicianuro di Hg all'1/4000 tiepido.*

Non si distenderà la vescica oltre la sua capacità, e durante il lavaggio che non dovrà essere lungo, non si vuoterà completamente.

3) La *sonda*: comunemente si adopera una sonda di *Nélaton*, ovvero l'istillatore di *Albarran.*

4) Il *malato.* È opportuno che il paziente dopo l'istillazione, si muova e si distragga e così avverte meno la eventuale dolorabilità.

Nei soggetti molto nervosi ed impressionabili l'A. consiglia di mettere una supposta nell'ano prima della istillazione del bleu così formata:

Cloridrato d'eroina, 1 centigrammo.
Estratto di belladonna, 2 centigrammi.
Burro di cacao, 4 grammi.

L'A. conclude affermando che, seguendo questi criteri di tecnica, non ha mai avuto insuccessi nella cura della cistite tubercolare con il bleu di metilene. T. LAURENTI.

Di un errore gravissimo non ancora citato nel cateterismo ureterale.

(PIRONDINI. *Arch. It. di Chirurgia*, vol. 14, 1, 925).

Dai casi riportati dall'A. la condizione fondamentale dell'errore sembra essere l'impossibilità di un sufficiente orientamento topografico alla cistoscopia, per grande incapacità vescicale, ematuria, alterazioni bollose e framboesiache.

In un primo caso, a vescica aperta, tentando eseguire il cateterismo ureterico, si penetrò in un orifizio, che per essere esattamente mediano, fu sulle prime impossibile decidere a quale dei due ureteri appartenesse. Con un ansa di seta fu sollevata allora la benderella interureterica per scoprire bene il vero orifizio sinistro.

In un secondo caso mediante cateterismo attraverso l'uso del cistoscopio Buerger-Wappler in posizione sinistra, si occultava l'altro orifizio. Si riconobbe più tardi esserci un trigono non solo asimmetrico (non equilaterale) ma anche molto più sinistroverso.

Nel terzo caso l'impossibilità di rilevare al cistoscopio il trigono e la possibilità di caratterizzare per soli pochi centimetri l'unico orificio visibile a sinistra della linea mediana, lasciarono insorgere tale dubbio sul lato dell'affezione renale da poterlo risolvere soltanto all'atto operatorio passando da una regione lombare all'altra.

Errori possono insorgere anche nel cateterismo ureterico a vescica aperta, sempre quando resti non visto l'orifizio ureterale contrapposto. Anche la cromocistoscopia può indurre in errore, se è veduto un solo orifizio.

Il ravvicinamento di uno o di entrambi gli orifizi verso la linea mediana favorisce quindi molto l'errore. Questo ravvicinamento si ha nella lateroversione trigonica congenita, nei processi tubercolari con retrazione di tessuti ed anche l'ipertonia del detrusore può effettuare o esagerare un avvicinamento mediano.

Riassumendo si deve sempre pensare all'errore quando la vescica ha scarsissima capacità e comunque se la cistoscopia è tanto difficile da impedire un orientamento anatomico netto; nei casi in cui il cateterismo riesca da un solo lato; ancora più se l'orifizio cateterizzato sia molto vicino alla linea mediana mentre l'opposto non si vede.

La pielografia è sempre preziosa e meglio ancora la ureterografia, specie nei casi dove si può di poco far avanzare il catetere.

A. POZZI.

Dilatazione cistica dell'estremità inferiore dell'uretere.

(DEVRONE. *Le Scalpel*, 1925, p. 269).

Pasteau ne descrisse nel 1904 circa 40 casi raccolti in tutta la letteratura; descrisse tre stadii della malattia. Nella prima fase si tratta di una semplice dilatazione intraparietale e l'aspetto dell'orifizio ureterale si presenta normale nell'intervallo delle eiaculazioni. Un po' prima della eiaculazione si osserva cistoscopicamente una piccola tumefazione che si vuota rapidamente, riprendendo il meato la sua forma normale. In una seconda fase di accrescimento la tumefazione sporge nella cavità vescicale e l'uretere si trova o alla base di essa o verso l'apice. Al terzo stadio la tumefazione è grossa e immobile, fino a riempire tutta la vescica, come in un caso illustratone successivamente da Marion; diviene procidente ed appare sul meato uretrale.

In un caso illustrato da Pollet la dilatazione cistica era doppia. Papin ritiene che la dilatazione cistica dell'estremità inf. dell'uretere non dipenda da malformazione acquisita o congenita dello sfintere ureterale, ma che sia una malformazione congenita ureterale; sarebbe perciò il segmento inf. di un idrouretere totale. Ma in quasi tutte le osservazioni non sono descritte le condizioni dell'uretere *in toto*. Rafin cita un'osservazione con pielografia che dimostra l'uretere interessato dilatato. Gaudy mise in evidenza una vasta idronefrosi.

L'A. illustra un caso in una giovane donna (l'affezione è stata quasi sempre rinvenuta nei giovani) con dolori vaghi alla regione lombare sinistra ed al basso ventre. La cistoscopia dimostrò una classica dilatazione cistica (2° stadio) dell'estremo inf. dell'uretere sin., con sbocco naturale alla base; la tumefazione, tappezzata di mucosa vescicale normale, sporgeva nella cavità vescicale. Peduncolato aveva alla base di impianto un colletto, si contraeva bruscamente e di poi si afflosciava per riempirsi nuovamente. Meato ureterale atassico, non sondabile. Fu trattato con elettrocoagulazione ed in seguito l'uretere si dimostrò capace di 36 cmc. di liquido opaco; radiograficamente restringimenti multipli, specie al 3° inf., lieve idronefrosi attestante la natura congenita.

JURA.

MEDICINA SPERIMENTALE.

Lo stato funzionale del cuore dopo l'estirpazione del simpatico cervico-toracico.

(T. JOUNESCO e D. IONNESCO. *Presse méd.*, n. 103, 26 dicembre 1925).

L'operazione proposta da Jonnesco per l'angina di petto ha destato molte obiezioni; le principali sono le seguenti: l'estirpazione del simpatico cervico-toracico, sopratutto se comprende, come vorrebbe Jonnesco, il ganglio stellato, attacca gravemente il valore funzionale del cuore, poichè insieme alle vie afferenti cardiache sopprime anche i vaso-costrittori del polmone, i vaso-dilatatori delle coronarie e i nervi acceleratori del cuore.

Gli AA. riportano ora le conclusioni di interessanti studi fatti per precisare: 1) le vie afferenti del cuore e dell'aorta; 2) lo stato del cuore dopo la resezione del simpatico cervico-toracico. Le loro ricerche sull'uomo e sugli animali li inducono a distinguere le vie afferenti in due gruppi: *a*) via inferiore o laterale, che dal cuore o dall'aorta per i nervi cardiaci inferiori, il ganglio cervicale inferiore, l'ansa di Vieussens, il 1° ganglio toracico, i r. comunicanti C. 8-D. 4 giunge al midollo. È questa la via di gran lunga più importante. Anche clinicamente ciò è chiaro, poichè le irradiazioni lungo di essa (parete toracica, braccio sinistro) esistono sempre e sono molto intense; *b*) via ascendente o superiore che segue i rami cardiaci del simpatico e del vago e poi per le anastomosi di questo passa nel ganglio cervicale inferiore per tornare al vago, oppure passa direttamente nel vago e sale fino al ganglio plessiforme. Quivi abbandonando il vago passa nel ganglio cervicale superiore e per i rami comunicanti C. 4-C. 2 giunge nel midollo. Una piccola parte di fibre risalirebbero lungo il plesso cavernoso fino al ganglio di Gasser il che spiega le

eventuali irradiazioni lungo il trigemino. Questa seconda via è meno importante e spiega le più rare irradiazioni dolorose verso l'alto.

Assai interessante è che gli AA. nel corso delle loro ricerche han potuto, per la prima volta, precisare l'esistenza e la funzione del nervo depressore nell'uomo. Sarebbe un nervo che parte dal laringeo superiore e scende accollato alla carotide per perdersi sull'aorta. L'eccitazione del suo estremo aortico non dà risultati, mentre quella dell'estremo cefalico produce effetto ipotensore.

Gli AA. criticando le obiezioni mosse alla operazione di Jonnesco, che ho sopra ricordate, affermano, in base alle proprie ricerche cliniche e sperimentali, che il simpatico non ha poi quella grande importanza che gli si attribuiva come nervo acceleratore e favorente l'azione del cuore. Circa la seconda obiezione riguardante la soppressione dei vasomotori del polmone questi avrebbero un ufficio scarso e molti fisiologi giungono a negarne perfino l'esistenza. D'altro canto esperienze rigorose dimostrerebbero che il simpatico non è vaso-dilatatore delle coronarie, ma bensì vaso-costrittore, onde la sua estirpazione favorirebbe il circolo delle coronarie anzichè ostacolarlo.

Non ha valore l'obiezione che con l'estirpazione del simpatico si distruggono le fila favorenti la funzione del cuore (fibres augmentatrices) perchè l'esperienza di Friedenthal non è applicabile a questi casi. Infatti Friedenthal avrebbe osservato la diminuzione della capacità funzionale del cuore dopo l'estirpazione di *tutti* i suoi nervi, mentre nell'operazione di Jonnesco si estirpa il simpatico ma non si tocca il vago. Neppure le modificazioni dell'elettrocardiogramma descritte da alcuni dopo la simpaticectomia, esisterebbero secondo gli AA.

Essi con altre ricerche dimostrano che dopo la resezione parziale o totale dei nervi acceleratori, non appare alcuna modificazione nella frequenza del polso, nella tensione del sangue, nell'energia di contrazione del miocardio, e nella durata di trasmissione auriculo-ventricolare.

Anche la risposta all'adrenalina è uguale che nei cuori normali. Risulta quindi che gli acceleratori non hanno importanza vitale. Il muscolo cardiaco gode di una grande adattabilità che è una sua vera funzione. Il controllo di questa funzione non si fa solo per via nervosa ma anche sopratutto per *via umorale* il che è dimostrato da molte esperienze. Così l'azione dell'adrenalina dovrebbe essere considerata uguale se non identica a quella degli acceleratori nel controllo dell'adattamento cardiaco: ciò spiega perchè il cuore non soffra dopo la resezione del simpatico. Anzi gli AA. giungono infine a chiedersi se la soppressione degli acceleratori anzichè essere nociva non conduca, proprio essa, alla soppressione degli attacchi di angina migliorando lo stato del cuore. La simpaticectomia sarebbe non già una operazione solo palliativa, ma veramente curativa perchè determina la sparizione degli accessi mediante la soppressione delle vie efferenti. Notino i chirurghi timorosi che quest'operazione ha favorevoli dei fisiologi di enorme valore come Franck che la propose, e Langley che dimostrò non essere seguita da alcun accidente.

L'operazione di Jounesco non solo non sarebbe nociva per il cuore, ma essa è la sola operazione che fa sparire tutti i sintomi dell'angina di petto.

L. TONELLI.

Ricerche sperimentali nell'angina pectoris.

(R. LERICHE. *La Presse médicale*, n. 82, 13 ottobre 1925, p. 1361).

L'A. in un uomo scoprì il segmento inferiore della guaina simpatica cervicale ed eccitò con corrente elettrica, in dosi crescenti, differenti punti della guaina. L'elettrizzazione del ganglio stellato sinistro provocò intenso dolore alla regione precordiale e nei primi 2-3 spazi intercostali, con senso di angoscia; la novocainizzazione del ganglio arrestò gli effetti della elettrizzazione.

In due altri ammalati l'elettrizzazione del polo superiore del ganglio provocò irradiazioni dolorose vivissime nel braccio corrispondente, quella della metà inferiore provocò dolori predominanti al cuore ed al precordio.

Il pinzettamento produsse lo stesso effetto, meno intenso. L'elettrizzazione degli ultimi rami comunicanti cervicali diede dolore sul braccio e sulla spalla, e specialmente quello dell'8° sulla punta della scapola, e quello del 7° sulla faccia interna del braccio e sulla mano; la novocainizzazione impedì la produzione del dolore.

In una donna affetta frequentissimamente da attacchi di angina pectoris avendo scoperta la guaina simpatica tra il 3° ganglio cervicale ed il 1° toracico nel corso dell'operazione per sezionare il simpatico ebbe un attacco di angina pectoris. Non essendo ancora scoperto il ganglio stellato infiltrò di novocaina il ganglio cervicale inferiore, sviluppatissimo, ottenendo la cessazione dell'attacco. Successivamente compì la neurotomia, con guarigione definitiva.

L'A. deduce da tali fatti che sulla guaina simpatica vi è un punto che, eccitato, provoca un attacco di angina pectoris e un punto in cui l'anestesia produce un arresto dei sintomi in corso. In tale zona si riflette la crisi anginosa dal cuore sulle coronarie producendo lo spasmo coronario e le irradiazioni dolorose periferiche.

JURA.

IGIENE.

La lotta contro il cancro.

Come osserva G. Lionetti (*Annali d'igiene*, dicembre 1925), la mortalità per cancro va assumendo notevole importanza e gravità in tutti i paesi. Il cancro rientra così nel campo delle malattie sociali, carattere che ad esso compete per la diffusione in tutto il mondo, in tutte le razze ed in tutte le classi sociali, nonchè per il numero elevato delle vittime che, per i paesi di cui si hanno dati sicuri, supera i 500,000 morti all'anno.

È facile quindi darsi ragione dell'interesse sempre crescente portato alla questione del cancro. La vastità del campo d'azione e la gravità del fenomeno nosologico però richiedono una larga organizzazione per la lotta sociale e profilattica, che deve essere affrontata in modo fattivo ed ampio.

Purtroppo le attuali cognizioni sulla etiologia e patogenesi del cancro non hanno condotto alla conoscenza della causa vera della malattia. Gli studi intrapresi però hanno molto dilucidato la patogenesi e molto più si spera dal nuovo indirizzo impresso a seguito della riproduzione sperimentale del cancro negli animali mediante spennellature di catrame. Tali studi forniscono inoltre la prova della grande importanza che hanno nello sviluppo dei neoplasmi l'azione di tutte le cause irritanti, quali le infiammazioni croniche, i traumi, le sostanze chimiche, gli agenti fisici, nonchè certe malattie, fra cui importante la sifilide. Tale cognizione costituisce di già un primo passo per la prevenzione della malattia e di essa, come di tutti gli stadi morbosi precancerosi occorrerà fare tesoro nell'azione di lotta sociale.

Non potendo prevenire il cancro, in causa della oscurità che avvolge il problema eziologico, si affaccia la domanda se il cancro sia almeno curabile. Finora però sono riusciti vani i tentativi per una cura medica dei tumori maligni e si deve riconoscere che la guarigione di un cancro pienamente sviluppato è ancora molto difficile. Ciò non significa che noi siamo del tutto disarmati davanti a tale malattia, contro la quale possediamo mezzi per aggredire in primo tempo il male, per attenuarne le funeste conseguenze e per lenire, quando esso è in stato avanzato le sofferenze. Tali mezzi sono l'intervento chirurgico, la roentgenterapia e la radium- o curieterapia.

L'intervento chirurgico rappresenta il metodo di cura più antico e migliore; il cancro, sul principio è una malattia locale e quindi, se l'asportazione è fatta precocemente e completamente, la guarigione potrà essere radicale. Perchè l'intervento chirurgico possa essere di reale efficacia, occorre pero che la diagnosi sia fatta precocemente ciò che spesso non avviene per ignoranza o trascuratezza del malato e talora anche per scarsa avvedutezza del medico che non dà la necessaria importanza a sintomi apparentemente di lieve entità o trascura l'esame locale metodico e completo. Le basi essenziali per poter conseguire il desiderato dell'intervento chirurgico precoce sono: l'educazione del pubblico che dovrà essere istruito sul problema del cancro, sulla possibilità di guarigione e sulla necessità del pronto intervento, nonchè l'istruzione tecnica adeguata dei medici. Anche la radium- ed in minor grado la roentgenterapia, pur senza raggiungere i risultati che si ottengono con l'intervento chirurgico, sono di grande importanza, specialmente poi nei casi inoperabili in cui, particolarmente il radium calma le sofferenze ed alimenta nel malato la speranza di guarire.

Emergono da queste considerazioni i criteri che si dovranno seguire nell'attuazione della lotta contro il cancro. L'ignoranza della causa costituisce la maggiore debolezza di tale lotta e non ci permette di aggredire il male alla radice. Quindi, tutti gli sforzi debbono essere concentrati allo scopo di attenuare l'importanza di alcuni fattori determinanti e di diminuire la mortalità.

Di una profilassi diretta non si può parlare e l'unica attività che si può spiegare in tal senso consiste nel consigliare di eliminare tutte le cause di irritazione locale (le quali, se non creano, favoriscono lo sviluppo del cancro) e di correggere tutte quelle lesioni e quegli stati precancerosi che preparano il substrato ed il terreno favorevole per l'insediarsi della malattia. Gli sforzi maggiori però saranno diretti a diminuire la mortalità e tutto il programma si compendia in fondo nella diagnosi precoce. A questa si può arrivare con un'attiva propaganda popolare che istruisca il pubblico mediante conferenze e pubblicazioni, con l'insegnamento professionale che permetta ai medici (ai quali spetta indubbiamente il compito più importante) la diagnosi precoce e con facilitazioni per l'accertamento della diagnosi mediante le biopsie.

Per scoprire in tempo i cancerosi, il mezzo più efficace, insieme con la propaganda è quello di agevolare largamente le consultazioni mediche. A ciò rispondono bene i così detti centri di lotta o dispensari anticancerosi, che comprendono, oltre la consultazione dei malati, servizi di chirurgia, di radiumterapia e radioterapia profonda e laboratorio per gli esami anatomo-patologici, di sangue, ecc. Come complemento, vi è un servizio medico e di assistenza per gli ammalati al quale sono adibite le dame visitatrici. Completano l'opera l'ospedalizzazione e l'assistenza domiciliare dei

cancerosi, nonchè gli istituti per lo studio del problema del cancro; di questi ne esistono già all'estero; in Italia, vi sarà fra breve l'Istituto Vittorio Emanuele III a Milano.

Sulle basi accennate si svolge la lotta contro il cancro nelle nazioni civili, in molte delle quali essa è organizzata con mirabile attività. In Italia, forse perchè è meno sentita la gravità del male, le masse sono tuttora indifferenti per tale problema, per cui, anche gli sforzi dei singoli scienziati che pur hanno portato importanti contributi scientifici al problema sono rimasti finora inani. Mancano tuttora ospedali specializzati, sebbene vi siano Istituti ove si possa attuare la cura del cancro. Da qualche anno va però realizzandosi un movimento collettivo verso l'importante problema. Nel Congresso di Bologna del 1923, sono state gettate le basi per una Federazione italiana contro il cancro e sono sorte diverse Sezioni regionali per cui si può sperare che ben presto la lotta entri in una fase di attività feconda e benefica. Anche le Autorità vanno ora preoccupandosi della questione e si interessano, con diretto intervento ad imprimere alla lotta un ritmo più accelerato ed un'organizzazione veramente fattiva. La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha già iniziato lo studio demografico della mortalità per tumori maligni ed ha determinato la funzione dei Centri di lotta anticancerosa.

Il cammino della lotta contro il cancro si può quindi ormai ritenere tracciato in Italia ed avviato verso una pratica attuazione. Occorre proseguire gli sforzi con tenacia e con fede, senza lasciarsi sfiduciare degli inevitabili insuccessi del primo momento; occorre suscitare l'interesse più vivo degli scienziati di filantropi e delle popolazioni con intensa opera di propaganda; occorre ottenere un'intima collaborazione di autorità, e di istituzioni pubbliche e private. Così facendo si potrà avere fondata fiducia di lenire le atroci sofferenze date dal cancro e di strappare alla morte sicura il più gran numero di individui insidiati dal male.

fil.

STORIA DELLA MEDICINA

Medici e medicine d'altri tempi.

La vicenda dell'arte medica attraverso i secoli è una delle facce più interessanti della storia dell'umanità, intimamente connessa con l'evolversi degli splendori e delle decadenze dei popoli.

Alcune persone sapute (nessuno talora è più miope di certa gente colta) accecate dal senso d'attualità quasi che l'ingegno e il benessere dell'uomo datassero soltanto dall'era della macchina da scrivere e della seta artificiale, affermano che la medicina incominci da poco più di un secolo. Essa invece è vecchia quanto il mondo. Poichè l'uomo primitivo, guidato dall'istinto di conservazione, cercò di curarsi le ferite delle prime lotte per l'esistenza, e scoprì i primi rimedi ai propri malanni, la cui efficacia tramandò di generazione in generazione.

Il più antico trattato di medicina è quello di una imperatrice cinese, e data da ventisei secoli avanti Cristo. Benchè la salute si dispensasse in nome della divinità tra le mura dei templi, con sortilegi pittoreschi e invocazioni di spiriti, già allora si curava la polmonite, la tisi ed il colera, e i barbieri, antesignani modesti quanto preziosi, riducevano lussazioni e praticavano salassi e massaggi. La civiltà indiana che venerava nel dio del fuoco Agni il principio e la conservazione della vita, conosceva la lebbra, il vaiuolo, il diabete, oltre settanta varietà di affezioni dell'occhio; e usava d'una ricca terapeutica vegetale, e stromenti chirurgici per la sutura intestinale, la plastica del naso e la cataratta. In Egitto, 3500 anni fa, l'arte sacerdotale della medicina disponeva di settecento sostanze medicamentose molte delle quali noi usiamo ancora; e nei sarcofaghi violati appaiono oggi al nostro sguardo sbigottito le testimonianze dei loro segreti di imbalsamazione, e mummie con tracce di fratture ben composte, di occhi e di denti artificiali.

Da quei tempi alla medicina scientifica moderna, è un succedersi di conoscenze e di smarrimenti, di superstizioni e di ricerche che si ripercuotono di epoca in epoca con lunghi echi. Ma attraverso i millenni è agevole constatare una fondamentale linea di continuità che congiunge le origini dell'arte medica con le sue più recenti innovazioni: giacchè il problema della lotta contro il dolore è rimasto immutato nella sua essenza. Quest'arte istintivamente e profondamente umana sorta dal patimento e animata dalla fede, si è congiunta alla vita dei popoli sino a dominarne talora orientamenti di pensiero e di azione. Così che come non si può comprendere il pensiero medico del passato senza studiarlo nell'ambiente ove si è svolto, e medici e malati non rappresen-

tano che personaggi d'un quadro complesso ove campeggiano figure e folle, il ricercare antiche storie di malattie e di medicamenti significa rivivere tutta la vita trascorsa, che come oggi e come sempre è tessuta di dolori e di speranze, di dubbi e di passioni.

*
* *

Questi concetti inspirano al prof. Arturo Castiglioni un suo recente volume di storia della medicina (1), ove in veste tipografica di inconsueta bellezza, sono raccolte figure di medici e di pazienti tratteggiati con mano esperta e con tale evidenza che par di vederli; e si narra di teorie e di dottrine con fresca schiettezza e con lucidi e coloriti commenti, sì da offrire a chiunque una lettura di sommo e piacevole interesse.

Il volume prende nome dal primo capitolo, dedicato all'immortale figura del sapiente di Cos, che nell'età d'oro di Pericle segnò veramente il principio d'un orientamento sicuro alla medicina, fissandone i canoni lineari ed eterni. Che importa se i nervi venivano in quel tempo ancora confusi coi tèndini, e le arterie eran credute piene d'aria? Ippocrate ben sapeva la prima necessità del medico: lenire il dolore umano; opera che lo rende simile a Dio. Per merito di lui la medicina si emancipa dalla tutela sacerdotale e dai riti misteriosi, per divenire pubblico patrimonio; si vale delle ipotesi per preparare il divenire delle cose; inizia il metodo della ricerca per approfondire la conoscenza; diventa critica indipendente e spiegazione logica riassunta nella formula socratica del conosci te stesso.

*
* *

Attraverso una serie di dotti articoli staccati a guisa di monografie ma legati da unità di visione e da eguale acutezza di ragionamento, il Castiglioni ci mostra aspetti della medicina romana, medievale, del rinascimento, sino ai maestri più recenti che prepararono la base scientifica all'arte di guarire.

I romani dediti esclusivamente alle cure dello Stato, poco si interessavano degli *studia minora*: e nelle epoche repubblicane erano gli schiavi e i liberti che esercitavano una medicina grossolana e superstiziosa. Ma con l'impero giunse in Roma Asclepiade, geniale e acuto osservatore, che portò in onore la medicina. Si istituirono a poco a poco gli archiatri popolari; Celso, erudito e chirurgo, descrisse l'alopecia che porta tuttora il suo nome; e Galeno medico di Aurelio Antonino, fisiologo e naturalista espertissimo nella manipolazione dei medicamenti, rinvenne per primo che nelle arterie scorre sangue e non aria.

Sorvolando sulla decadenza della medicina che seguì la caduta dell'impero, dopo una interpretazione dell'ordinamento sociale e del pensiero filosofico ai tempi di Dante che costituisce un saggio di critica letteraria oltre che scientifica, il Castiglioni ricordandosi di possedere una preziosa collezione di antichi *albarelli* da farmacia, si vale della sua coltura storico-artistica per esaminare il contributo dato dalle arti figurative all'arte sanitaria. Scorrendo queste pagine che sono tra le più originali e vivaci del libro, tu hai l'illusione di trovarti nella farmacia che formava un vero centro di esercizi intellettuali, di essere in una di quelle botteghe delle meraviglie, chè tali erano le spezierie dal quattro al settecento (chi non ricorda la ricostruzione di Castel S. Angelo con lo speziale vivo in collettone bianco e cappa nera a distribuire i barattoli della polvere schiavona?), ove entro la cornice degli scaffali colmi di maioliche bene istoriate di stemmi e di motti galenici, all'ombra sapida di erbe di droghe e di acque medicate, si vendevano con gli unguenti e le teriache libri e oggetti rari; e il farmacista, astrologo alchimista e mago, troneggiava dietro al banco col medico e le notabilità, in una specie di circolo scientifico politico e letterario. Tale aspetto conservarono in gran parte le farmacie sino all'epoca della nostra puerizia, che segnò la fine degli alambicchi dei torchi e delle serpentine per dar luogo alle specialità industriali bene etichettate, mentre il medico, il vecchio medico bonario cattedratico e verboso, si allontanava per fissarsi nelle cliniche e nei laboratori.

*
* *

Una prova di più che la medicina entrasse in ogni manifestazione della vita, è il trovarne vestigia in certe divise di famiglie gentilizie, quali lo scudo mediceo con le palle che raffigurerebbero le pillole dei medici fondatori della dinastia, e l'impresa del salasso con lancetta laccio e ferita stillante, comune al quattrocento faentino e particolare di Galeotto Manfredi e della sua gente.

L'astuccio con le lancette è ora quasi del tutto limitato ai veterinari, chè la medicina odierna evita di cavar sangue alle nostre generazioni astemie ed anemiche. È dimenticata o usata in più nobile forma è la terapia d'allora, composta di innumerevoli piante, di curiosi minerali, di animali vivi e di escrementi, e fedele al motto *qui bene purgat bene curat*, prodigatrice di drastici e di serviziali.

---

(1) CASTIGLIONI A. *Il volto di Ippocrate. Istorie di medici e di medicine d'altri tempi.* Un vol. in-8° di 398 pag., con 139 fig., rilegato. Società editrice Unitas, Milano, 1925. Prezzo L. 60.

*
* *

La parte del volume dedicata dall'A. a Leonardo, è una esaltazione del grande solitario che oltre all'eternare il divino sorriso di Monna Lisa, seppe vedere oltre lo spazio e il tempo. Il maestro che fu la più alta espressione del rinascimento italiano, fu anche a capo dei grandi notomisti. Affidandosi a « l'esperienza che non inganna mai anche se il nostro giudizio è fallace », quando allo Studio bolognese ogni allievo non poteva sezionare più d'un cadavere per anno, « non avendo paura di abitare in tempi notturni in compagnia di mostri scorticati e spaventevoli a vedersi », riesce a sezionare ben trenta cadaveri. Con tecnica resa perfetta, studia in essi la meccanica muscolare, descrive l'occhio e la visione, l'arteriosclerosi e le cause della vecchiezza, e da grande idraulico qual'era indaga la circolazione del sangue intravvedendone la soluzione definitiva.

Dopo il Vesalio e l'Eustachio, il Fallopio e il Cisalpino, ecco il seicento col Malpighi che scopre i corpuscoli del sangue, Anton Maria Valsalva che non lasciò inesplorata alcuna parte del corpo umano, G. B. Morgagni fondatore dell'anatomia patologica, il poeta Redi che distrusse la teoria della generazione spontanea e scoperse il « bacherozzolino » della scabbia, e il Ramazzini precursore della igiene professionale. Per impulso della filosofia di Bacone e di Cartesio, la storia della medicina è invasa dalla febbre della ricerca, e si affanna a trovare un accordo tra scuole iatrofisiche e iatrochimiche e la medicina galenica.

Il settecento vede sostenuta l'importanza delle forze vitali dell'organismo in unione ai fattori meccanici, e la pratica medica avviarsi all'esperimento che la allontana dalla speculazione filosofica per preparare il sorgere degli studi biologici, togliendo giustamente ai medici il compito della filosofia. La medicina si è già propagata per merito dei primi giornali scientifico-letterari sorti con il *Journal des Sçavans*. E a un medico illustre alla corte di Francia, il Renaudot, si deve anche la fondazione nel 1631 di quella *Gazette* che fu il primo giornale politico moderno nel vero senso della parola.

*
* *

Il Castiglioni che pure essendo uomo di scienza non sfugge al fascino della bellezza, anzi vi si abbandona spesso con misurato lirismo, si serve della figura e delle opere di tre grandi e disparati artisti, per lumeggiare attraverso di essi come sulla guida di tele o di affreschi, la conoscenza medica di epoche diverse: e dedica tre dei capitoli migliori a Dante, al Cellini, al Goldoni.

Quando Dante studia medicina a Bologna e si degna quindi di inscriversi alla corporazione degli speziali, il medico era qualcosa di simile tra il negromante e il santone. Nello studio bolognese trionfava la medicina scolastica pure iniziandosi l'anatomia, e l'Alderotti commentava dottamente Ippocrate. Dante fu un aristotelico-ippocratico, fedele di San Tomaso e della sua scuola, quindi attratto nell'orbita dell'averroismo rivoluzionario. Egli dimostrò profonda conoscenza di studi medici nella sua Commedia, dalla quale l'A. riporta e postilla precise descrizioni di attacchi epilettici, di febbri e di pestilenze, di paralisi e di piaghe, in quadri clinici perfetti.

Benvenuto Cellini dà pur egli un ragguardevole contributo alla storia della medicina del cinquecento, narrando nella « Vita » di certi suoi malanni, come di accessi di malaria, di gotta, di mal francese, nonchè di medici che egli conobbe e che giudica con briose scanzonature.

Goldoni, destinato dal padre a succedergli nell'arte sanitaria, e iniziato sin da giovanetto al letto dei pazienti, si abitua all'osservazione e alla riflessione, e all'analisi caricaturale dei dottori che in quel tramonto di civiltà dissertavano sui vapori e sui languori, emulavano chiromanti e saltimbanchi, e leggevano versi tra le pillole e gli unguenti delle farmacie. Nel suo teatro, il dottor Onesti, Buonatesta, e Merlino impersonano i tipi del medico prudente, del ciarlatano, dell'ignorante. Inoltre, se si eccettui il Dostojewski, forse nessun autore ha descritto tanti tipi di malati, tratteggiandoli con tale verità e tal perfetta grazia: ma sempre (secondo il gusto dell'epoca che destava la gravità e il dolore) di mali lievi, sdilinquimenti e svenevolezze di donnine isteriche, e bizze e capricci di cavalieri irritabili. Lontano dalla fiera satira del Molière, il Goldoni ci testimonia la sua stima pei medici intelligenti, il suo attaccamento alla medicina, le sue doti di acutezza diagnostica, di garbata psicologia, di italiano buon senso.

*
* *

Verso la metà del secolo XIX Rodolfo Virchow armato di microscopio e di indagine razionale e positiva sorse ad oscurare l'antropocentrismo e il dualismo tra spirito e materia, fondando la patologia cellulare, e stabilì inerente alla cellula ogni forma e manifestazione della vita, e che l'uomo non è che un aggregato di innumerevoli cellule viventi in rapporti fissi.

Ma la legge fatale dei ricorsi signoreggia anche la storia della medicina; e poichè nessuna verità

è senza errore e nessun errore è senza verità, riporta alla luce e all'ammirazione molte massime degli antichi. Oggi la patologia cellulare è infirmata, come l'illusione materialista rifugiatasi nella medicina, mentre raffiora quella patologia umorale dominante per due millenni, che rivolgendosi ai fenomeni dell'umore sanguigno circolante, ha condotto alla dottrina dell'immunità. Le recenti ricerche riapron la strada al remoto concetto dell'organoterapia, e alle disposizioni individuali che si riallacciano col vitalismo. L'abisso tra anima e materia resta incolmato. Il valore del terreno organico e della morfologia degli organismi proietta la sua influenza nelle relazioni con i germi patogeni. È Ippocrate che ritorna, con l'idea dei vari temperamenti, ripresa dai moderni studi sulla individualità.

Nel campo dell'igiene, l'antica credenza assirobabilonese degli insetti e dei topi seminatori di morte, ha trovato conferma dall'epidemiologia; come la necessità dell'educazione fisica periclea e romana, è riaffermata dalla nostra civiltà che fonda palestre e ginnasi e porta i giovani al culto dell'energia e del sole, memore che per conquistare e per mantenere superiorità di pensiero, potenza economica e grandezza politica, *salus populi suprema lex esto.*

C. F. ZANELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. BILANCIONI. *Un grande allucinato dell'udito: Martin Lutero.* Editore L. Pozzi, Roma. Prezzo L. 20.

Chi ha letto i precedenti lavori di Guglielmo Bilancioni sa come quest'autore possieda l'arte di sviluppare, da fatti d'interesse particolare, opere nelle quali la dottrina e l'ingegno son profusi con vera signorilità.

In quest'ultimo lavoro egli trae argomento dai disturbi sensoriali di cui soffriva Martin Lutero per esporre in forma semplice ed eletta una gran quantità di considerazioni non solo fisio-patologiche ma anche psicologiche e filosofiche. Con la freddezza e la serenità del biologo egli ci prospetta la tormentata vita spirituale del grande riformatore, esaminando in qual modo i disturbi psicosomatici di cui soffriva potettero contribuire ad indurlo al gran passo e a determinarne il contegno nell'aspra e tenace lotta contro il mondo religioso allora imperante.

L'abbondanza delle notizie storiche rende questo libro quanto mai interessante. Con ciò non vogliam dire che il Bilancioni si limiti ad un racconto aneddotico della vita psicopatologica di Lutero. Tutt'altro. I fatti sono accennati solo per dar modo all'autore di esporre le sue vedute personali, le sue considerazioni dottrinali, la cui aridità è sapientemente temperata da proficue e dilettevoli incursioni nel campo della letteratura, dell'arte, della storia e della filosofia.

È per questo che malgrado la singolarità dell'argomento, che potrebbe far temere la monotonia e la noia, il libro avvince fortemente l'attenzione.

Come nelle altre sue opere anche qui Guglielmo Bilancioni si è proposto di conquistare la simpatia del lettore, e vi è pienamente riuscito. Come egli non si stanca mai di produrre, così sa fare in modo che nessuno si stanchi di leggerlo.

A rendere ancor più vario ed interessante il libro contribuiscono le numerose illustrazioni: vari ritratti di Lutero, stampe dell'epoca, riproduzioni nitidissime di grandi capilavori della pittura a soggetto demoniaco.

G. DRAGOTTI.

SCHRUMPF-PIERRON. *Manuel de cardiologie pratique.* Un vol. di 333 pag., 67 fig. Maloine, Paris, 1925

Questo libro si indirizza sopratutto agli studenti e ai pratici con metodi di insegnamento e di esposizione assai chiari. I metodi di istrumentazione sono richiamati solo per le necessità pratiche, le descrizioni cliniche sono ampie e complete. L'A. non trascura una chiara e prudente guida per l'interpretazione degli esami radiografici; se si aggiunga che di ogni questione espone le opinioni personali e che il libro termina con un formulario terapeutico si comprenderà come esso possa essere veramente utile per i pratici.

L. TONELLI.

F. EBERHART. *Geburtshilfliche Brevier für Aerzte und Studierende.* Un vol. in-16° di 164 pag. Urban e Schwarzenberg edd. Berlino, 1925. Prezzo marchi 3.

È un buon manualetto, dal formato tascabile, che dà tutte le indicazioni necessarie per l'assistenza ostetrica. Tratta, in una parte generale, dell'asepsi e dell'antisepsi, dei fenomeni febbrili, dell'anestesia. Nella parte speciale considera le complicazioni della gravidanza e del parto, le operazioni ostetriche, la fisiopatologia del puerperio, con speciale riguardo per la febbre puerperale.

Medici e studenti troveranno in questo manuale un utile consigliere. *fil.*

G. GROSSMANN. *Physikalische und Tecnische Grundlagen der Roentgen-therapie.* Urban e Schwarzenberg, 1925, 300 pagine, 207 figure, M. 13.50.

Il libro del Grossmann non ha bisogno di presentazioni: esso è naturalmente dedicato allo

specialista il quale può trovare nella trattazione del Grossmann raggruppate tutte quelle cognizioni che faticosamente lo specialista ha dovuto apprendere qua e là e specialmente utile al medico può riuscire la lettura della prima parte (parte fisica) in cui per quanto le formule matematiche siano ridotte al puro indispensabile è trattata magistralmente quella complessa materia della natura delle radiazioni, della distribuzione della energia roentgen, dei mezzi di misura, ecc.

La seconda parte (parte tecnica) comprende la descrizione delle ampolle, dei vari tipi di apparecchi, dei vari strumenti di misura; ma la descrizione non si limita a una numerazione pura e semplice ma è corredata da schemi, da diagrammi da formule le quali rendono conto del dettaglio e del tipo di costruzione. È l'ingegnere direttore della parte medica della Siemens che si riconosce fra le righe: se la materia trattata è complessa e molti punti della roentgenterapia sono difficili, tuttavia il Grossmann dà la possibilità al medico specialista di impadronirsi della complessa materia stessa e di avere un giudizio e di comprendere il meccanismo di funzione dei più complessi apparecchi senza troppo grave fatica.

E. MILANI.

W. C. RÖNTGEN. *Comunicazioni sulla scoperta dei raggi X.* Tip. Befani, Roma, 1925.

Il prof. F. Saraceni ha fatto opera altamente encomiabile traducendo e diffondendo le tre conferenze, con le quali Röntgen annunziava agli scienziati del mondo intero la sua meravigliosa scoperta e faceva intravedere il campo vastissimo delle sue applicazioni. Egli in verità parlò a un piccolo uditorio, due volte a Würtzburg ed una a Berlino; ma la sua voce, per la grandiosità di ciò che egli annunziava, varcò i confini della Germania e corse trionfalmente pel mondo intero. È impressionante la semplicità e la chiarezza con la quale Röntgen espone la sua scoperta, i suoi caratteri, divina le sue molteplici applicazioni. Non si può immaginare quanta modestia, quanta parsimonia siano nelle parole di Röntgen, che pur non ignorava il valore incalcolabile delle sue osservazioni e dei suoi esperimenti. Egli è che gli uomini di genio non son parolai e le grandi idee non han bisogno di ponderosi volumi per conquistare il mondo.

Il prof. Saraceni, valoroso radiologo, ci ha dato una traduzione perfetta per fedeltà ed eleganza di stile; egli merita perciò i nostri più sinceri elogi.

T. FERRETTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 29 gennaio 1926.

Ipertiroidismo artificiale e funzioni riproduttive femminili.

Dott. F. STEFANI. — L'O. studia su femmine di ratti albini quali ripercussioni si hanno sulle funzioni riproduttive in seguito all'ingestione prolungata di piccole quantità di ghiandola tiroide, sotto varie condizioni sperimentali. Queste sarebbero:

1) Grandissima diminuzione dell'attitudine della femmina a venire fecondata.

2) Notevole diminuzione della vitalità del prodotto del concepimento che spesso muore prima di venire alla luce.

3) Diminuzione della secrezione lattea della madre e dei suoi istinti materni.

4) Eventuale prolungamento, non accorciamento della durata della gravidanza.

5) Ipotrofia della ghiandola interstiziale ovarica ed anche dei follicoli.

Mettendo in rapporto tali fatti con alterazioni del ricambio, l'O. conclude che per il regolare andamento delle funzioni riproduttive della femmina gli ormoni tiroidei sono necessari, ma in giusta misura; l'accesso di questi diventa dannoso come la loro deficenza.

Modificazioni nelle cavità bronco-alveolari del sangue iniettato in trachea.

Dott. E. SPAGNOL. — L'O. ha fatto alcune ricerche sperimentali per spiegare la causa della incoagulabilità del sangue emoftoico.

Dai dati istologici di polmoni di animali, a cui aveva iniettato in trachea del sangue appena estratto dai vasi, risulta che nelle cavità bronchiali il sangue coagula in parte come di norma, ma nella maggior parte va incontro a un vero e proprio processo di defibrinazione, a causa dello schiumeggiamento subito nelle suddette cavità. Conclude perciò che l'incoagulabilità del sangue emoftoico debba attribuirsi a semplici fattori meccanici e non a ipotetici fattori chimici.

La malattia di Heine-Medin. Difficoltà diagnostiche ed indirizzo terapeutico.

Prof. G. BERGHINZ. — Dopo aver esposto statisticamente il crescente dilagare della paralisi infantile in tutta la regione veneta, l'O. comunica gli esiti della cura Bordier in 55 bambini affetti da varie localizzazioni poliomielitiche. Confrontando questi esiti con altri di bambini non trattati si sente in dovere di consigliare il metodo di cura più precocente possibile per avere nella grandissima maggioranza buoni effetti, alle volte effetti realmente ottimi.

Dott. RONCATO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La misurazione dell'aorta.

Secondo Manoel de Abreu (*Archivos Americanos de Medicina*, t. 1, n. IV, 1925) in nessuna incidenza l'aorta ascendente può essere vista isolata: essa fra i vasi del peduncolo cardiaco e immersa negli organi mediastinici non offre contrasto radiologico; pertanto secondo l'A. il processo classico di misura dell'aorta ascendente in posizione obliqua anteriore destra e sinistra è irrimediabilmente falso. In obliquo anteriore destra il diametro rappresenta appena la distanza che separa da un lato il contorno dell'aorta e dall'altro la trachea e il bronco sinistro; esso varia con la obliquità e con il piano di osservazione. In obliquo anteriore sinistro esso diametro misura la distanza tra il bordo della vena cava e l'ascendente e la trachea e il bronco destro. Sono i polmoni e i grossi condotti aerei quelli che determinano il contrasto dell'ombra mediastinica e questi limiti trasparenti vengono a coincidere coi contorni invisibili dei vasi del peduncolo. In anteriore o in obliquo destro e posteriore e in obliquo posteriore sinistro tra 5° e 20°, secondo l'età e la conformazione toracica dell'individuo, la distanza che passa tra il suo contorno laterale sinistro e anterolaterale sinistro al contorno corrispondente della trachea (all'inizio della sua biforcazione) esprime in un modo praticamente esatto il diametro dell'aorta. Tale misura potrà essere maggiore, mai minore del diametro reale aortico; sarà maggiore in casi di non perfetto allineamento e basterà sottrarre una cifra corrispondente a 2 mm. E. MILANI.

Il riflesso oculocardiaco in endocrinologia.

J. Oliver e G. Oliver (*Edimburg Med. Journal*, febbraio 1925) osservano che fin dal 1908 Dagnini e Ashner hanno osservato che nei vagotonici il riflesso oculo-cardiaco si manifesta con un notevole rallentamento del polso, nei normali con un rallentamento poco evidente, nei simpaticotonici con un acceleramento notevole.

Gli AA. ora mettono in evidenza che nello studio della costituzione endocrina degli individui ha più valore il riflesso oculo-cardiaco che la frequenza assoluta del polso, potendo esistere ipertiroidismi con polso non frequente e ipotiroidismi con aumentata frequenza del polso. In questi però il riflesso oculo-cardiaco suole manifestare il tipo simpatico-tonico, negli ipertiroidismi invece il tipo vagotonico. DORIA.

Il segno viscero-motore della mano nell'angina pectoris.

Accanto ai dolori precordiali, all'angoscia, ai riflessi viscero-sensitivi (irradiazioni dolorose), si manifestano nell'angina pectoris altri riflessi che possono qualificarsi viscero-motori. Quello dei muscoli intercostali viene descritto da Mackenzie come l'eccitazione delle fibre centripete cardio-aortiche che si trasmette al midollo cervico-dorsale ed irradiandosi sulle cellule del corno anteriore provoca la contrazione dei muscoli pettorali.

Allo stesso modo sembra spiegarsi il reflesso viscero-motore dell'arto superiore descritto da J. Natzieganu e L. Telià (*Arch. maladies du coeur, des vaisseaux et du sang*, 1925, n. 7). Esso si presenta sotto due aspetti clinici: la forma mioclonica che si trova specialmente nelle angine accompagnate da insufficienza cardiaca grave e negli stati di affezione anginosa; la forma miotonica nei casi di angina senza segni evidenti di insufficienza cardiaca ed in quelli in cui gli attacchi si hanno raramente.

Tale segno, caratterizzato da contrazioni toniche e cloniche dei muscoli innervati da certi filetti dei nervi mediano e cubitale, che portano dai segmenti radicolari C^3 e D^1, completerebbe così la sindrome dell'angina pectoris. Esso non è molto frequente, ma merita di entrare nel quadro sintomatico di tale affezione, al pari della sensazione di costrizione toracica che dipende dallo stesso meccanismo. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

Smembramento della bronchite acuta e della bronchite acuta prolungata.

Nel confuso campo delle affezioni bronchiali un doppio scoglio si deve evitare: 1) l'errore di riunire sotto la stessa denominazione delle forme differenti per molti punti di vista; 2) e l'altro di separare troppo nettamente i diversi tipi in quanto che a livello dell'apparecchio bronco-polmonare le varie forme si complicano, si richiamano, si intrigano: infezioni acute si innestano su cicatrici croniche, fatti di anafilassi su sclerosi polmonare, turbe circolatorie su bronchiti, ecc.

Tenendo ben presenti queste considerazioni Rosenthal (*Paris médical*, n. 50, 12 dicembre 1925) proclama la necessità dello smembramento della bronchite acuta e prolungata in varie forme. *a*) bronchite acuta, malattia febbrile acuta infiammatoria; *b*) sindromi bronchiali acute della tubercolosi, della sifilide, delle micosi, ecc.; *c*) la gotta bronchiale, disturbo della nutrizione, e gli acci

denti bronchiali dell'asma nei quali preponderano l'influenza dell'anafilassi e dello choc; *d*) le broncorree acute a espettorazione idro-mucosa; *e*) gli edemi alveolo bronchiali per scompenso cardiaco; *f*) i flussi bronchiali leucocitari di Feuillée che producono un rimaneggiamento dei bronchi e polmoni senza lesione preventiva.

L. TONELLI.

I pollini della febbre da fieno.

È assai interessante per l'etiologia e la profilassi conoscere la zona geografica ove infieriscono la febbre da fieno e l'asma di stagione. Si comprende anche facilmente quale vantaggio si possa avere da un attento studio botanico delle regioni vicine, e delle distanze a cui i pollini possano essere trasportati dalle correnti aeree. L'Associazione Americana per la prevenzione della febbre da fieno ha fatto fare tutta una serie di ricerche sulla presenza dei pollini nell'aria con aereoplani. Scheppegrell (*Medical Journal and Record*, n. 11, giugno 1925) dice che durante la stagione i pollini furono trovati in grande quantità. Abbondantissimi a 1200 m., diminuiscono a 2000 m., ma si trovano ancora fino a 5000 m. Essi restano a lungo nell'atmosfera a meno che non siano precipitati dalla pioggia, discendono gradualmente e possono essere portati a distanze varie secondo la rapidità del vento.

L'A. crede assai utili le ordinanze contro le cattive erbe ma dice che esse devono essere estese a tutti gli stati potendo i pollini essere per via aerea portati da una regione in un'altra.

Kalm e Grothaus Emma (*Med. Journ. and Rec.*, n. 11, giugno 1925) hanno studiato ben 245 malati di febbre da fieno o di asma. Le prove cutanee con polline di graminacee furono quasi sempre positive, e la desensibilizzazione dei pazienti si potè spesso ottenere bene.

Le prove furono tutte intradermiche, la cura si iniziò sempre con dosi assai vicine alla soluzione che aveva dato una intradermoreazione nettamente positiva, poi si procedette a dosi crescenti della stessa soluzione, e solo più tardi a soluzioni più forti. È consigliabile sorvegliare il soggetto per almeno una mezz'ora, perchè si possono avere fatti anafilattici. Su 41 soggetti che furono trattati completamente si ebbe l'85 % di risultati perfetti; il 10 % di miglioramenti sensibili, e solo nel 5 % non si ottenne nulla.

L. TONELLI.

Un metodo clinico per la determinazione della azione dello jodio, e suo valore nella patologia e cura dell'asma.

Il metabolismo basale è spesso difficilmente utilizzabile in clinica e inoltre dà errori del 10 % in più o in meno.

Pollitzer e Stolz (*Wiener Klinische Wochenschr.*, n. 17, aprile 1925) hanno studiato altre prove che permettessero di mettere in cifre la caratteristica individuale di ogni soggetto. Essi hanno analizzato:

1) L'azione proteinica dinamica enterale. Cioè l'elevazione del metabolismo che è provocata dalla ingestione di 250 gr. di carne. Essa in media nei soggetti normali è di 16 %;

2) L'azione proteinica dinamica parenterale. Cioè l'elevazione del metabolismo prodotta dalla iniezione sottocutanea di una quantità minima di albumina insufficiente a dare febbre. Essa nei normali è in media del 17 %;

3) L'influenza inibitrice o favorente che possono esercitare certe sostanze farmacologiche sopra la sensibilità proteinica studiata secondo quanto sopra ho detto.

La reazione proteinica enterale non è influenzata dai vari prodotti esperimentati, che hanno piuttosto tendenza a rinforzarla. Invece la reazione proteinica parenterale è facilmente inibita, e lo jodio permette più di ogni altra sostanza lo studio di questa azione inibitrice. Secondo i casi e le dosi esso esercita un'azione inibitrice o di rinforzo. Nei basedoviani si ha solo l'azione di rinforzo; discendendo a dosi infinitemali (1 millesimo di milligrammo) si può vederla sparire ma non si vede mai essere sostituita da un'inibizione.

Nei soggetti normali o malati (ma non basedoviani) la iniezione di 1 oppure 4 mmgr. di joduro di sodio impedisce la elevazione del metabolismo di prodursi dopo iniezione di proteina. Dosi più forti eserciterebbero un'azione di rinforzo. Questa azione delle dosi minime di jodio si dovrebbe interpretare come un'azione ormonica del genere di quelle esercitate dal sistema jodofilo: tiroide, ipofisi, pavimento del 3° ventricolo, sistema nervoso vegetativo. Gli AA. consigliano di determinare in ogni soggetto la dose ottima per produrre il rinforzo o sopratutto l'inibizione della sensibilità proteinica. Questa misura potrebbe offrire dei dati utili per la terapia del turbato metabolismo dei grassi (obesità o dimagrimento), come pure per delle malattie anafilattiche (come urticaria e asma).

L. TONELLI

Cura dell'asma, della coriza spasmodica e della febbre da fieno con iniezioni intradermiche di peptone.

Pasteur Vallery-Radot, Blamoutier e Giraud (*Presse médicale*, n. 100, 16 dicembre 1925) riportano dei buoni risultati ottenuti con un processo proprio di disensibilizzazione non specifica. La *tecnica* è la seguente: iniezioni quotidiane per almeno 20 giorni, nello spessore del derma, di una soluzione di peptone di Witte o di Chassaing

tale che 1 cmc. contiene gr. 0,50 di peptone. La dose usata è di 1/10 di cmc. il primo giorno; 2/10 il secondo e basandosi sulle reazioni ottenute si può salire ai 3/10.

L'iniezione produce subito una papula biancastra a centro brunastro la cui grandezza è in rapporto alla quantità iniettata. Dopo qualche minuto la papula si allarga, diviene a contorno irregolare disegnando dei veri pseudopodi, sembra una placca di orticaria con una zona periferica di eritema: il giorno dopo non c'è più che un piccolo nodo brunastro che sparisce in circa una settimana. Verso la decima o dodicesima iniezione si può avere una reazione locale assai notevole che può consigliare di diminuire la dose iniettata. Si devono fare assolutamente le iniezioni nel derma, se no l'effetto manca.

Risultati: Raffreddore da fieno: su 57 trattati col peptone, 42 malati (= 74 %) migliorarono enormemente o guarirono, 10 malati (= 17,5 %) migliorarono sebbene di meno, 5 soli (= 8,5 %) non notarono modificazione del loro male. Gli AA. dicono però che questi 5 casi avrebbero fatte iniezioni a dose insufficiente o con tecnica scorretta. Presso due malati la affezione fu giustiziata con la prima iniezione senza ulteriore ricaduta. I migliori risultati si sono avuti in quelli curati all'inizio del male. Il vantaggio in alcuni casi si sarebbe prolungato anche negli anni successivi. Riguardo all'*asma* i casi furono 30 e su di essi si ebbe il 63 % di miglioramenti netti, il 20 % di leggeri miglioramenti e nel 16,6 % non si ebbe alcun risultato. I migliori effetti si ebbero nei casi di asma non accompagnati da enfisema, bronchite cronica o sclerosi polmonare. In alcuni casi dopo 3-4 mesi di benessere ricomparvero gli accessi che cedettero a nuove serie di iniezioni. In 13 casi di *coriza spasmodica*, 11 furono nettamente migliorati; 2 non ottennero alcun vantaggio. Nelle forme associate il comportamento fu vario. Le ricerche di laboratorio dimostrarono che le iniezioni agivano provocando crisi emoclasiche e che più queste erano nette e migliore era il beneficio ottenuto. Si può concludere che in materia di anafilassi respiratoria l'iniezione intradermica di una soluzione concentrata di peptone è uno dei più efficaci mezzi di desensibilizzazione.

L. TONELLI.

Sul trattamento dell'asma bronchiale.

A. Rowe (*Journ. A. M. A.*, 20 giugno 1925) osserva che l'anamnesi è di somma importanza nel rivelare il tipo di asma del soggetto. Disgusto o indigestione per certi cibi, frequentemente con dolori addominali, eczema, urticaria, edemi angioneurotici, possono rivelare la sostanza sensibilizzatrice. Per gli asmi da polline e da emanazioni animali vi è spesso ipercrinia nasale e lacrimale.

L'esame obbiettivo deve porre in guardia contro errori grossolani, dispnee da malattie del cuore, dell'aorta, da tubercolosi polmonare. Metterà pure in evidenza eventuali focolai infettivi locali. Le reazioni cutanee alla proteina sensibilizzatrice possono talora anche mancare: ciò si spiega perchè dopo un violento accesso può prodursi una dissensibilizzazione, generalmente temporanea. Nelle migliori condizioni, si hanno reazioni positive nel 10-60 % dei casi. Talora, specie nei vecchi, la pelle diviene anergica, ed ogni reazione manca. Spesso le proteine sensibilizzanti sono parecchie.

Il trattamento di dissensibilizzazione dà risultati ottimi, secondo l'A. nel 60 % dei casi. Nei bambini è più frequente l'asma alimentare: occorre escludere dalla dieta il cibo incriminato, di solito uova, latte, o certi cereali. L'asma da polline, da emanazioni animali, da polvere domestica, spesso risponde abbastanza bene alla dissensibilizzazione.

L'asma da proteine batteriche è il più raro tra gli asmi anafilattici; risponde bene al vaccino, ma occorre cominciare da dosi minime (5-10 milioni), come in tutti i trattamenti di dissensibilizzazione, altrimenti si può avere un'accentuazione dei disturbi.

Secondo l'A. gli interventi chirurgici sul naso o altrove poco giovano nell'asma. Anche il mutar clima non va consigliato senza discernimento e senza un precedente accurato studio.

L'adrenalina contro l'accesso è generalmente utile, ma talora inutile. Il cloralio idrato e la tintura di giusquiamo sono talora utili, come pure lo stramonio. Gli ioduri in larghe dosi sono generalmente utili. La lampada di quarzo e la vaccinoterapia associate sono utili negli asmi complicati a bronchite. Il cloruro di calcio e il peptone sono inutili nei casi gravi. La morfina non è quasi mai necessaria, anzi di solito è dannosa.

G. Piness vorrebbe che la prova cutanea con la polvere domestica si facesse sempre, però riconosce che la prova intracutanea può presentare dei pericoli.

DORIA.

Su alcune affezioni che possono simulare la tubercolosi polmonare.

Lewit (*Gaz. des Hôp.*, n. 10, 1926) si occupa delle affezioni rino-faringee capaci di simulare la tubercolosi polmonare per la loro sintomatologia. Si tratta di affezioni ostruenti e infettanti del naso e della faringe (deviazioni del setto, polipi nasali, corpi estranei, riniti atrofiche o ipertrofiche, sinusiti) che spesso determinano una

infezione discendente delle vie aeree, fino a dare la sintomatologia di un processo tubercolare del polmone sia subiettivamente con tosse, espettorato a volte ematico, febbre serotina, dimagrimento, sia obiettivamente con ipofonesi, respiro aspro, espirazione prolungata e rantoli umidi. Questi sintomi fisici, secondo l'A., prediligono però la parte più alta dello spazio interscapolo-vertebrale, specie a livello dell'angolo supero-interno dell'omoplata, che corrisponde alla proiezione sul torace dell'orificio del bronco superiore. L'esame metodico del naso e del faringe scoprirà l'affezione primitiva in questa sede, e l'esame dell'espettorato sarà negativo per il bacillo di Koch.

L'A. passa in seguito in rivista le diverse cause dell'emottisi non tubercolare, stomatorragia, varici della base della lingua, laringiti emorragiche, tumori del laringe, cisti d'echinococco del polmone, cancro del polmone, bronchiettasia, infine l'emottisi degli ipertesi, ecc. Parla in seguito di casi di morbo di Flajani-Basedow che ai sintomi comuni colla tubercolosi (dimagrimento, instabilità termica, sudori, stanchezza) associavano anche tosse stizzosa, tanto da sospettare una lesione polmonare specifica. Rari casi poi di appendicite cronica, di sifilide polmonare, esiti tardivi di ferite del torace, sono capaci di simulare la tubercolosi. L'A. conclude colla necessità di passare in rivista in ogni caso in cui si affacci probabile la diagnosi di tubercolosi polmonare, tutti i vari organi e apparati in un esame obbiettivo, metodico, accurato e paziente. M. CAJA.

Febbre mestruale nella tubercolosi polmonare.

L'osservazione clinica mostra la importanza delle febbri mestruali nella evoluzione e nella prognosi della tubercolosi polmonare. I. Caussimon consacra a questo fenomeno uno studio di insieme (*Th. de Bordeaux*, 1925), le cui conclusioni meritano di essere rilevate. Nella donna sana, nel periodo premestruale si ha: maturazione del corpo luteo, vasodilatazione generale splancnica, ipertiroidismo, ipertermia leggera; al momento del flusso: maturità del corpo luteo, emorragia, vasocostrizione polmonare riflessa, ipertensione arteriosa, ipotiroidismo, ipotermia; durante il flusso: vasocostrizione generale, degenerazione del corpo luteo, ritorno della temperatura alla norma.

Nella tubercolosi polmonare di carattere benigno esistono gli stessi fenomeni ma più accentuati.

Nella tubercolosi polmonare a prognosi riservata si osserva un aumento notevole della febbre premestruale, e durante il flusso un ampliamento delle oscillazioni termiche con elevazione del livello medio della temperatura, o a cuspidi. L'amenorrea nelle tubercolose può essere attiva, con malessere subiettivo netto accompagnato da febbre, o silenziosa alla data presunta del periodo catameniale.

La reazione anormale febbrile può essere legata a una secrezione esagerata e persistente del corpo luteo la cui degenerazione è ritardata, o a una eliminazione incompleta di prodotti glandolari con stimolo anormale della tiroide. Si può ammettere anche l'esistenza di una bacillemia di intensità variabile, ipotesi questa che sembra appoggiata ad argomenti clinici ed anatomo-patologici.

La mestruazione è dunque, per le tubercolose polmonari, una prova dalla quale esse escono indenni se la prognosi delle loro lesioni è buona, e indebolite se le lesioni sono male isolate, o evolutive. A. PICCINELLI.

Le insonnie dei tubercolosi.

M. Vollaret, L. Iustin-Besançon e R. Fauvert (*Gaz. des Hôp.*, n. 8, 1926) osservano che, di fronte a un tubercoloso il quale soffra d'insonnia, non bisogna senz'altro ricorrere agli ipnotici, senza prima aver scoperto caso per caso la causa che gli impedisca di dormire. Giacchè molto spesso basta calmare la tosse, che ne rappresenta, secondo una statistica degli autori, la causa più frequente, per combattere l'insonnia. Altre cause d'insonnia sono la febbre, i sudori, la dispnea dovuta in molti casi ad iposistolia, in altri a diffusione del processo tubercolare in ambo i polmoni. (Nel primo caso si daranno i tonici cardiaci, nell'altro la morfina). Bisogna ricordare poi le insonnie da dolori nevralgici e pleurici o da cause varie come turbe digestive, rifornimento di pneumotorace artificiale, esordio di meningite tbc.; ecc. Infine l'insonnia psichica da preoccupazione del malato, e l'insonnia da troppo prolungato riposo a letto.

Se dopo questa lunga indagine sulle cause provocatrici l'insonnia, siano indicati gli ipnotici, gli AA. consigliano di variare spesso i prodotti per evitare l'assuefazione e di cessare di impiegarli appena possibile. Non dare la preferenza alla morfina e succedanei per il pericolo della morfinomania, ma scegliere i preparati che diano il meno possibile effetti secondari spiacevoli. Fra i derivati dall'urea, la dietilmalonilurea e fra i derivati della serie barbiturica l'isopropilallilbarbiturato d'amidopropina, hanno dato loro i migliori risultati. Infine hanno sperimentato il cloralosio purificato in compresse con buoni risultati. Alcune volte, specie contro le insonnie da dolori, rispondono bene i clisteri di idrato di cloralio o di antipirina e laudano.

Solamente in casi terminali si può adoperare la morfina. M. CAJA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura delle ragadi. — Al dott. A. Natoli, Palermo:

Si ritiene oggi da molti che i consueti rimedi contro le ragadi del seno o dell'ano, a base di tannino, di piombo, di cocaina, di aristolo siano inefficaci od anche talora nocivi se uniti a pomate di qualsiasi natura. Sembra invece che diano buoni risultati le lozioni antisettiche analgesiche a base di derivati dell'acido benzoico in soluzione alcoolica che vanno in commercio come specialità italiane. Mediante esse, in otto giorni si ottiene la detersione delle ragadi ed il rivestimento epiteliale della superficie. Le dette lozioni avrebbero altresì potere profilattico se applicate nell'ultimo mese di gravidanza. *fil.*

Campi di risonanza di Krönig ed istmo di Wolf-Eisner. — Al dott. G. B., n. 10490:

Krönig nell'89 descrisse una zona di risonanza chiara polmonare, compresa tra due linee, una esterna, interna l'altra che si possono inscrivere nelle regioni sopra-clavicolare e sopraspinosa. Percuotendo dall'esterno verso l'interno si delimita la linea interna che normalmente è rappresentata da un arco di cerchio a convessità esterna che iniziatasi nella fossa sopraspinosa (zona paravertebrale) sormonta il margine cucullare e scende anteriormente sul terzo interno della clavicola. Percuotendo dall'interno verso l'esterno si delimita la linea esterna, anche essa un arco di cerchio che iniziatasi sulla parte esterna della spina della scapola, sormonta il margine cucullare e scende sul terzo esterno della clavicola.

Le due linee si guardano per la loro convessità e delimitano una zona a sella di risonanza polmonare, tra regioni ottuse, detta *campo di risonanza di Krönig*. La parte più ristretta di questa zona, misurabile tra i punti più vicini di dette linee, è l'*istmo di Wolf-Eisner*.

I campi di risonanza di Krönig non corrispondono alla proiezione anatomica degli apici, come a torto si è ritenuto, ma le alterazioni (restringimento, allargamento) di esse e del corrispondente istmo sono elementi preziosi per riconoscere processi patologici che si svolgono a carico degli apici.

La descrizione fu fatta da Krönig nel *Berl. Klin. Woch.*, 1889, n. 37 e da Wolf-Eisner nel 1903 nel *Deut. Med. Woch.*, n. 6. Ogni libro moderno di semejotica ne tratta diffusamente, come ogni testo moderno di tisiologia. T. PONTANO.

Glicosuria mattutina. — Al dott. O. C.:

Non si può escludere che l'attività ridotta delle ore notturne sia la causa della glicosuria mattutina.

Bisognerebbe per ragionare su dati sicuri:

1) procedere all'esame delle urine dopo 3-4 ore dal pasto del giorno;

2) controllare la reazione chimica con la fermentazione, se la reazione non è ben netta;

3) ricercare il tasso glicemico ripetutamente, dopo dieta completa e dieta ridotta per stabilire il valore clinico della glicosuria constatata.

T. PONTANO.

Al dott. F. D. da S.:

I requisiti per prendere parte ad un eventuale concorso per medico condotto dell'agro sono i seguenti:

Non avere superato 34 anni alla data del bando

Tale limite non è richiesto per i medici che a norma di legge abbiano prestato o prestino servizio di condotta nei Comuni del Regno.

Essere idonei fisicamente a giudizio dell'Ufficiale Sanitario di Roma.

Presentare i soliti certificati: nascita, penale, cittadinanza, buona condotta, diploma laurea o copia.

Gli esami consistono:

due prove pratiche per iscritto consistenti dall'esame obbiettivo eseguito alla presenza della Commissione con illustrazioni patologiche, diagnostiche e terapeutiche e in una prova orale di legislazione sanitaria.

Per ora, e presumibilmente per vari anni, non vi saranno concorsi per medici condotti dell'agro.

G. P.

VARIA.

Paradossi della civiltà

(a proposito della mortalità per investimento da autoveicoli).

L'Ordine dei Medici di Roma, mesi or sono, su proposta del consigliere prof. Zevi, distinto cultore della Medicina del Lavoro, approvò e diffuse un ordine del giorno con il quale si segnalavano i gravi danni che alla salute dei cittadini derivano dall'abuso dei rumori prodotti dai veicoli a motore, e si invocavano freni coercitivi.

La voce dell'autorevole consesso non è rimasta inascoltata perchè il Governatore di Roma, sentita una commissione di tecnici, a far parte della quale fu chiamato il nostro Mancioli, prescrisse per le segnalazioni acustiche uno speciale tipo di tromba (1), e sostituì agli striduli fischietti dei tram altri strumenti più adatti.

(1) L'applicazione dell'ordinanza è stata sospesa in attesa di provvedimenti più generali da parte del Governo.

Nei regolamenti per la circolazione stradale è prescritto che nei centri abitati non si possa fare uso del così detto « scappamento libero »; chiunque, però, circoli per le vie di una grande città sa come sia osservata questa norma, vuoi per soverchia tolleranza degli agenti di polizia, vuoi per l'insufficienza di essi, vuoi per l'inadeguatezza dei mezzi repressivi.

A Parigi, per tagliar corto ad abusi del genere è stato in modo categorico ed assoluto proibito lo « scappamento » sia in città che in campagna. A una simile disposizione noi riteniamo si debba addivenire anche in Italia, se vogliamo sradicare l'abuso. Poichè, a giudizio dei tecnici, e l'esempio della Francia ce lo dimostra, non è necessario lo « scappamento libero » per ottenere dal motore il rendimento sufficiente per circolare alla velocità consentibile nelle pubbliche strade, non è che la smania del rumore per il rumore, e il piacere di rompere i timpani al prossimo, che induce alla deplorevole trasgressione.

Non è, però, dei danni causati alla salute dai rumori, che noi intendiamo ora parlare.

Il numero di vite quotidianamente sacrificate all'eccessiva velocità è ormai diventato così impressionante, che non lo si può lasciar passare inosservato.

Mentre la civiltà moderna si sforza di ridurre le cause di mortalità e di risparmiare mutilazioni e storpiature, non è esagerato affermare che ogni indiscutibile progresso in questo tempo viene quasi neutralizzato dal numero di morti e di storpi causati da investimento da parte di autoveicoli nella pubblica strada.

Noi non possediamo ancora, per il nostro Paese, cifre statistiche su questo genere di omicidi; la lettura dei giornali, però, ci dimostra che essi sono ormai molto frequenti. Esistono statistiche americane molto istruttive, pur tenendo conto del maggior numero di autoveicoli che circolano nel nuovo mondo, in confronto all'Italia. Durante l'anno 1925 si contarono negli Stati Uniti precisamente 16,060 vittime dell'automobilismo, in gran parte donne e bambini (1.60 per 10,000 abitanti). Il macabro *record* è detenuto dalla California con 32 morti ogni 100,000 abitanti. Potè, perciò, il Bouchard scrivere che le disgrazie automobilistiche, dovute nel 90 per cento dei casi ad eccesso di velocità, sono una macchia sulla civiltà moderna.

Noi riteniamo che nel secolo in cui la scienza lotta con tutti i mezzi per sottrarre le vite umane al flagello del cancro, della tubercolosi, di tutte le malattie infettive; nel secolo in cui l'igiene del lavoro e le leggi per la prevenzione degli infortuni cercano, e con buon successo, di sottrarre le vite dei lavoratori ai pericoli propri dell'industria, non si può tollerare che la civiltà faccia prosperare un altro e nuovo flagello, e che un mezzo di civile progresso quale è l'autoveicolo in genere, ostacoli quel progresso più altamente civile che nella società moderna è rappresentato dagli sforzi fatti per raggiungere una diminuzione sempre più grande della mortalità, della morbilità, dell'invalidità.

In Francia, nel luglio 25, la commissione per la circolazione proclamò che l'eccesso di velocità, che per Parigi comincia al di là di 40 km. all'ora, costituisce un vero e proprio delitto. Al principio finora vigente che il conducente era il padrone della velocità, se ne è così sostituito uno più civile ed umano.

In America la « National Conference on Street and Highway Safety » riunitasi a Washington nel dicembre scorso propose che sia dichiarata pericolosa una velocità superiore alle 36 miglia all'ora, in aperta strada maestra (v. *Messaggero* del 10 gennaio 1926).

Da noi, ove le vie hanno un'ampiezza tutt'altro che confrontabile con quelle americane, per alcuni conducenti, o così detti *sportmen*, ogni strada, in città ed in campagna, pare debba essere una pista per le loro gare di velocità; quando il povero pedone è investito, la colpa è sua, che non ha saputo scansare a tempo un bolide lanciato a 120 e più km. all'ora! Ogni qual volta è prossima a Roma una gara motoristica si vedono veicoli di ogni genere, forma e dimensione, dalle biciclette a motore al motociclo, al *side car*, alla torpedo, correre all'impazzata e fare le loro prove di velocità non solo nelle strade più frequentate dell'agro, ma anche nelle vie del suburbio e del centro, alcune delle quali, grazie alla loro moderna pavimentazione, sono utilizzate come pista e come « circuiti ». Nessuno si preoccupa che la vita umana sia sacrificata ai loro istinti criminali mascherati da una finalità sportiva. Individui simili dovrebbero essere considerati omicidi *volontari*.

Sul grave problema ha richiamato testè l'attenzione la stampa politica. In nome dell'umanità e della civiltà invochiamo anche noi urgenti, radicali, rigorosi provvedimenti legislativi.

Si sono costituite leghe contro la tubercolosi, contro il cancro, contro gli infortuni, ecc.; si costituiscano fra i cittadini anche leghe che bandiscano la crociata contro il moderno microbo *velocità*, non meno micidiale degli altri.

S. DIEZ.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XV. — Efficacia dei certificati medici al fine della richiesta di congedi.

Dimostrata da un impiegato una condizione di salute, con la esibizione di certificati medici, non può l'amministrazione respingere la richiesta, contestando senz'altro la veridicità dei certificati e dichiarando dimissionario l'impiegato.

Nel caso che era oggetto di contestazione, il motivo di salute risultava da un certificato medico ed era stato dedotto al fine di una proroga del congedo per malattia. La IV Sezione del Consiglio di Stato, stabilendo la massima sopra riassunta, con decisione 31 luglio 1925, n. 515, ha però soggiunto che non è possibile formulare principi assoluti, dovendosi tener conto delle speciali circostanze di fatto. Logicamente è così. Se, per es., un impiegato presenta un certificato medico per ottenere una proroga del congedo per malattia e se risulta che frattanto egli ha prestato e presta servizio in altro Comune, non si può attribuire valore al certificato in contrasto con la realtà di fatto. Ma non si deve nemmeno esagerare questa eccezione, perchè può darsi che l'impiegato non sia temporaneamente in tali condizioni di salute che gli consentano, per es., di prestare servizio di condotta, ma possa tuttavia attendere a qualche occupazione meno onerosa.

Rimane però, in ogni caso, fermo il principio che, qualora sia fatta una richiesta di proroga e questa sia documentata mediante certificato medico, il Comune non può dichiarare senz'altro dimissionario l'impiegato ma deve prima promuovere gli opportuni accertamenti, se non provi in altro modo, e *positivamente*, che l'attestazione risultante dal certificato non corrispondeva alla realtà. Questo è il criterio che occorre tener presente in tutti i casi in cui si chiede un congedo per malattia o una proroga.

XVI. — Licenziamento illegittimo per contraditorietà di motivi.

Il Consiglio di Stato (Sezione V), con decisione 8 maggio 1925, n. 217, ha ritenuto essere viziata da eccesso di potere, per contradditorietà, la deliberazione che, dopo un accenno alla necessità di introdurre economie nel bilancio comunale e di dispensare il personale esuberante in rapporto alla nuova pianta organica e dopo un richiamo al R. D. 25 maggio 1923, n. 1177, per quanto riguarda la graduatoria del personale da licenziare, conclude nel dispositivo licenziando l'impiegato per la fine del periodo di esperimento, agli effetti dell'art. 48 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889. La motivazione del provvedimento è stata ritenuta, in tal caso, in contraddittoria col dispositivo, in quanto il Comune, se intendeva licenziare in applicazione del R. D. 27 maggio 1923, n. 1177, doveva prima deliberare la riduzione dei posti; se intendeva, invece, dimettere l'impiegato per fine di esperimento non doveva richiamare il R. D. 27 maggio 1923 e la necessità di sopprimere il posto. Insomma, le due forme di licenziamento hanno caratteri e finalità distinti e sono regolate da disposizioni legislative diverse e non possono essere confuse fra esse.

Ciò conferma il principio, costantemente ammesso dalla giurisprudenza, che la dispensa dal servizio, a norma del citato decreto 27 maggio 1923, in tanto è legittima in quanto sia stato prima effettivamente soppresso il posto; ma più importante è la statuizione che dichiara illegittimo il licenziamento per fine del periodo di prova qualora non risulti che la causa determinante consiste nella valutazione dell'esperimento e vi concorrano invece motivi essenzialmente diversi, sicchè non si possa stabilire se effettivamente si tratti di licenziamento per fine del periodo di prova o di dispensa dal servizio per soppressione di posto.

XVII. — Condizioni di validità del certificato di iscrizione nell'albo, agli effetti dell'ammissione ai concorsi.

Il certificato di iscrizione nell'albo di un ordine, agli effetti dell'ammissione ai concorsi per condotte medico-chirurgiche, deve essere necessariamente di data recente? Il Consiglio di Stato, Sezione V, con decisione 10 settembre 1925, n. 377, ha risposto in senso affermativo. Ma sembra a noi che questa risoluzione non sia esatta.

Ha detto la V Sezione che gli albi dei medici chirurgi, dei veterinari e dei farmacisti sono soggetti a revisione generale annuale per tutte le eventuali cancellazioni che non fossero state eseguite nel corso dell'anno e per le iscrizioni. E poichè l'iscrizione nell'albo *è* condizione per l'esercizio della professione, *ne deriva che il certificato di iscrizione in tanto può aver valore nei concorsi in quanto si riferisca all'anno corrente.* Nè importa che l'avviso del concorso nulla dica in proposito e prescriva soltanto la presentazione del certificato di iscrizione senza altra indicazione, perchè il suddetto avviso si deve interpretare

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

in relazione alle disposizioni della legge 10 luglio 1919, n. 455, e del relativo regolamento, le quali stabiliscono la revisione annuale degli albi.

Sembra a noi che il Consiglio di Stato non abbia considerato correttamente il sistema e la efficacia della iscrizione negli albi.

La iscrizione non ha effetti per tempo determinato, sicchè debba ripetersi e rinnovarsi periodicamente e l'interessato debba farne domanda. Avvenuta la iscrizione, si costituisce uno stato di fatto e di diritto sufficiente all'esercizio legittimo della professione, il quale *permane* sinchè non sia stata deliberata la cancellazione dall'albo nei casi e con le forme stabilite dal regolamento. Vero che entro il mese di dicembre di ciascun anno il Consiglio amministrativo dell'Ordine procede alla revisione *generale* dell'albo rispettivo, *per tutte le eventuali cancellazioni che non fossero state eseguite nel corso dell'anno e per le iscrizioni per le quali fossero sopravvenute domande dopo l'ultima riunione del Consiglio dell'Ordine* (art. 3 del regolamento); ma questa *formalità periodica* non presuppone la inefficacia di tutte le iscrizioni, per scadenza del termine annuale. In altri termini, non si procede ad una reiscrizione che eventualmente possa anche non avvenire. Tutte le iscrizioni vive e vitali permangono; sono eliminate soltanto quelle per le quali si sia verificata una causa di cancellazione e si aggiungono le iscrizioni nuove. Ma ciò non esclude, *anzi sostanzialmente riafferma, la efficacia continuativa e permanente della iscrizione*. Il sanitario iscritto non deve rinnovare domanda e continua ad avere titolo legittimo all'esercizio della professione, sino a quando non è cancellato. Alla fine di ciascun anno il Consiglio dell'Ordine non esercita alcun potere al fine della *rinnovazione* dell'albo: esso lo *rivede* al solo scopo di eseguire quelle rettificazioni che può anche fare nel corso dell'anno. Infatti, l'art. 3 dice che il Consiglio provvede alle cancellazioni e alle iscrizioni *che non fossero state eseguite nel corso dell'anno*. Non vi è nessuna differenza nè formale nè sostanziale tra la iscrizione o la cancellazione in corso di anno e quella che si compie alla fine del mese di dicembre. Se si ammette che la semplice *possibilità* della *cancellazione* costituisca motivo sufficiente per richiedere un certificato atto a dimostrare l'*attualità della iscrizione*, si deve allora stabilire che il certificato abbia data recente, come di regola avviene per il certificato penale e di buona condotta. Sarebbe arbitrario considerare efficace il certificato che si riferisce alla iscrizione dell'anno in corso: per es., un certificato del mese di gennaio sarebbe valido per un concorso bandito nel mese di dicembre, ma non sarebbe più valido per un concorso bandito nel mese di gennaio dell'anno successivo, dopo la *revisione* periodica. Questa distinzione sarebbe illogica ed arbitraria perchè lo stesso evento della cancellazione si può verificare nel corso dell'anno. Insomma, la *revisione* annuale non importa *rinnovazione* e tanto meno rinnovazione discrezionale su domanda di parte e non differisce menomamente dalle iscrizioni e dalle cancellazioni che sono fatte nel corso dell'anno. Importa invece rilevare che, avvenuta la iscrizione, il sanitario acquista titolo legittimo, *continuo e permanente all'esercizio della professione sino a quando la iscrizione non sia cancellata*. Non occorre, quindi, richiedere un certificato di data recente così come non è necessario che sia di data recente, per es., il certificato attestante la registrazione del diploma presso l'ufficio comunale o qualsiasi altro certificato che si riferisca ad una condizione di fatto e giuridica, continuativa e permanente.

Non si è mai pensato di richiedere in qualsiasi concorso che sia di data recente il certificato di iscrizione nell'albo degli avvocati. Eppure la situazione è sostanzialmente identica.

La V Sezione non ha inteso bene il valore della revisione periodica ed ha trascurato di apprezzare un altro elemento importante. Dispone, infatti, l'art. 3 del regolamento che *di ogni cancellazione o nuova iscrizione deve essere data comunicazione alle autorità giudiziarie ed amministrative, indicate nell'art.* 7. Fra queste autorità è la Prefettura, alla quale deve essere inviata anche una copia dell'albo. Questa disposizione non soltanto esclude la possibilità che partecipi ad un concorso un sanitario del quale sia stata prima eseguita e poi cancellata la iscrizione — perchè, come si è detto, la Prefettura ha sempre comunicazione *di ogni cancellazione* — ma, specialmente, conferma che la iscrizione ha efficacia *permanente* e che dell'evento della cancellazione o della nuova iscrizione si dà comunicazione alle autorità giudiziarie ed amministrative, o nel corso o alla fine dell'anno (a seconda del tempo in cui l'evento si verifica), si dà notizia, cioè, dei *fatti nuovi che modificano lo stato già costituito*, il quale ha per sè stesso efficacia giuridica continuativa.

Nel caso deciso, per altro, nemmeno l'avviso del concorso richiedeva che il certificato fosse di data recente o si riferisse all'anno in corso!

A noi sembra, dunque, che la risoluzione del Consiglio di Stato sia errata e che questa decisione non si possa considerare definitiva. Tuttavia raccomandiamo ai concorrenti di attenersi, per misura di prudenza, alla massima sinora stabilita e di presentare i certificati di iscrizione con riferimento all'anno in corso.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Funzionamento dei Consorzi antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della San. Pubbl., Ufficio d'Ispezione Antitubercolare) ha diretto ai sigg. Prefetti del Regno la seguente circolare in data 2 febbr. 1926, n. di prot. 20300.20 A. G. 961.

Questo Ministero ha visto con vivo compiacimento che, in seguito al suo appello, i Consorzi antitubercolari sono stati oramai costituiti in quasi tutte le provincie del Regno, e molti di essi, anzi, si sono formati volontariamente, poichè grandissima parte dei Comuni ha compreso i vantaggi che potranno derivare dalla cooperazione, anche in questo campo di difesa sociale.

Fondati sul principio della mutualità fra gli enti locali e della necessità di una salda unione delle loro forze, i Consorzi devono ora funzionare come organo propulsore, integratore e coordinatore di tutte le energie, palesi o latenti, nella profilassi contro la tubercolosi.

Vigilanza e tutela sui Consorzi. — Rapporti tra Amministrazione Provinciale e Consorzi.

a) L'azione dei Consorzi deve, sotto la vigilanza del Prefetto a norma dell'art. 16 del R. D. 30 dic. 1923 n. 2839, essere sostenuta e sorretta dall'Amministrazione provinciale, il cui intervento finanziario sarà spesso indispensabile per risolvere molti dei problemi che dalle sole forze del Consorzio non potranno avere soluzione adeguata.

b) Infatti l'art. 7 del R. D. legislativo 30 dic. 1923 n. 2889 dispone esplicitamente che spetta alla Provincia di provvedere ai servizi antitubercolari «se e in quanto» non vi provvedano i Consorzi o altri Enti.

Da ciò consegue che la esistenza del Consorzio provinciale antitubercolare non libera senz'altro la Provincia da tutti i suoi obblighi, ma soltanto da quelli che il Consorzio riesce ad assolvere nei limiti della sua potenzialità.

Dove l'azione del Consorzio non giunge, o non può giungere, l'Amministrazione provinciale rimane sempre tenuta a provvedere. È perciò necessario da un lato che i Consorzi facciano opera quanto più attiva e proficua, dall'altro che la Provincia cerchi di integrare nel miglior modo e con i maggiori mezzi l'azione del Consorzio.

La stretta unione fra i Comuni e la Provincia, e l'assidua vigilanza della Prefettura varranno a costituire quell'azione armonica e insieme benefica che potrà determinare il buon risultato nella lotta antitubercolare.

Si crede ora opportuno — perchè la lotta istessa abbia a svolgersi con indirizzo uniforme — tracciare per grandi linee le vie da seguire, specialmente da quei Consorzi ai quali limitate risorse non permettono, sino da principio, un'azione vasta e contemporanea in ogni ramo di attività.

Norme di carattere generale e di amministrazione per il funzionamento dei Consorzi.

c) Pel buon funzionamento del Consorzio è necessario anzitutto la maggiore assiduità nei lavori, e all'uopo è opportuno che l'Assemblea Consorziale sia convocata almeno due volte l'anno, e che la sua Giunta Esecutiva si riunisca almeno due volte al mese.

d) Si dovrà poi fare opera di saggia amministrazione, procurando, fra l'altro, che le quote consorziali siano sollecitamente versate, in maniera da avere subito la effettiva disponibilità dei mezzi finanziari.

I Consorzi ricorreranno pertanto ai Prefetti per ottenere che contro gli Enti inadempienti si provveda a norma di legge, e, qualora le somme disponibili risultassero insufficienti, delibereranno un congruo aumento dei contributi dei singoli enti consorziati.

e) È poi opportuno distinguere le entrate ordinarie da quelle straordinarie, assegnando alla prima di tali categorie quelle che provengono dagli enti consorziati e che hanno carattere continuativo; alla seconda quelle derivanti da eventuali avanzi di amministrazione, o dallo Stato, o dalla beneficenza pubblica o privata, con carattere transitorio. Le prime serviranno per svolgere il piano concreto di azione che il Consorzio deve prefiggersi anno per anno, le altre per fare fronte a bisogni straordinari o a sviluppare l'azione del Consorzio in campo più vasto.

f) Le spese di amministrazione e di funzionamento debbono essere contenute nei limiti più ristretti, in maniera che i proventi del Consorzio vengano effettivamente destinati ai bisogni della lotta. Tale parsimonia potrà essere facilmente raggiunta mediante il concorso dell'Amministrazione Provinciale, utilizzando, come norma generale, l'opera di organismi e di personale preesistente.

g) Essenziale è poi che il Consorzio, con oculata visione delle principali necessità della Provincia, sappia distribuire con senso pratico le proprie risorse per provvedere ai bisogni che si palesano più urgenti.

Quindi, prima di accingersi all'opera, il Consorzio si dovrà rendere conto delle condizioni peculiari della Provincia nei rapporti della tubercolosi, del funzionamento delle opere già esistenti, delle lacune più gravi da colmare con maggiore sollecitudine.

Occorre, in altre parole, una specie di censimento degli organi di lotta già funzionanti e la valutazione di quanto occorre per una completa azione antitubercolare.

h) In molte Provincie già esistono opere nettamente antitubercolari o istituzioni affini o nuove iniziative anche di privati; occorre che tutte entrino nell'orbita dell'azione comune sotto l'egida del Consorzio, il quale potrà indirizzarne l'atti-

vità, correggerne le eventuali deficenze, ottenerne il maggior rendimento.

Per raggiungere tale scopo il Consorzio non dovrà sovrapporsi ai singoli Enti in maniera da lederne l'autonomia o da inceppare utili iniziative locali, che vanno rispettate, ma dovrà invece esercitare vigile azione, diretta a coordinare quella dei vari istituti ed a dirigerla a più ampio sviluppo. In tal modo, anzichè sentirsi menomati dall'egida del Consorzio, i singoli Enti trarranno da essa incoraggiamento ed aiuto, e ne uscirà ravvivato lo spirito della lotta contro la malattia.

i) Non si tratta pertanto di limitarsi a distribuire il contributo Consorziale fra gli Enti antitubercolari, ma è necessario che tutte le energie ricevano dal Consorzio nuovo impulso, e che siano coordinati armonicamente tutti i mezzi di difesa suggeriti dalla scienza moderna. L'azione integratrice e coordinatrice del Consorzio fu del resto già prospettata da questo Ministero con la Circolare del 3 agosto 1925 n. 20300.20 A. G. con la quale si raccomandò che, allo scopo di dar modo al Consorzio di rendersi conto del funzionamento degli Enti antitubercolari, gli fossero sottoposte per l'esame e il parere tutte le domande di sussidio governativo: raccomandazione che qui si ripete con viva insistenza. Ed il Ministero curerà, per mettere sempre in maggior valore il Consorzio, che i sussidi Statali siano fatti pervenire agli Enti cui sono destinati a mezzo dell'Ente Consorziale.

Mezzi di lotta antitubercolare.

Se l'azione specifica dei Consorzi dovrà necessariamente, e a seconda delle speciali condizioni locali, variare da provincia a provincia, non può esservi dubbio alcuno circa le direttive alle quali dovrà ispirarsi, poichè la esperienza ha oramai sanzionato i mezzi di difesa e di lotta.

Occorrono centri di accertamento della malattia e di ricerca degli infermi; occorre che a questi sia preparata l'assistenza sotto tutte le forme; che contemporaneamente si cerchi di prevenire la tubercolosi in coloro che per varie ragioni vi sono predisposti; che si diffonda in fine nelle masse quella coscienza igienica, che là dove è più largamente penetrata ha dato sensibili risultati. Poche parole che racchiudono un ponderoso programma; sarà bene tuttavia che in un primo momento i Consorzi concentrino sui più importanti Istituti ogni loro attività.

j) DISPENSARI. — Principali fra questi mezzi sono i *Dispensari antitubercolari.*

Il dispensario è generalmente considerato come il fulcro su cui si impernia la organizzazione antitubercolare. Esso provvede alla ricerca del malato, alla assistenza materiale e morale di lui e della famiglia, al collegamento con le varie istituzioni di beneficenza ed alla propaganda antitubercolare.

Naturalmente perchè il dispensario dia tutto il rendimento che da esso si attende nella lotta antitubercolare, dev'essere diretto da medici competenti in tisiologia, ed essere fornito dei mezzi necessari per agevolare la diagnosi precoce della malattia.

l) Inoltre esso deve estendere la sua benefica azione nell'ambiente in cui vive l'ammalato, mediante le *assistenti sanitarie* o *infermiere visitatrici*, le quali, con le visite a domicilio o nei luoghi di lavoro, facilitano la sorveglianza sulle persone che convivono o che hanno qualche contatto con gli ammalati.

m) È desiderabile che nessun centro importante manchi di un dispensario; e sopratutto che non ne manchino quelli nei quali la tubercolosi è più diffusa, o è a temere che si diffonda a causa della presenza di notevoli stabilimenti industriali o di agglomeramenti operai.

Il Consorzio pertanto dovrà destinare parte dei suoi proventi all'impianto e al funzionamento di tali dispensari, stimolando, ove occorra, il concorso degli Enti locali e di beneficenza.

n) RICOVERI IN ISTITUTI DI CURA. — Più arduo è il còmpito che i Consorzi sono chiamati a risolvere per quanto concerne la assistenza ai tubercolosi; cioè il ricovero di essi in speciali *istituti di cura*, in maniera da giovare agli individui ed eliminare a un tempo un focolaio di infezione nelle famiglie e nelle collettività.

Per un perfetto sistema profilattico occorrerebbe che il ricovero potesse avvenire su larga scala e in istituti arredati e governati in modo da destare confidenza e fiducia e che abbiano le attrattive di un gradevole asilo, sì da sopprimere quel senso di avversione che in genere hanno gli infermi per gli istituti ospitalieri.

Non può dissimularsi che in molte regioni si presentano in questo campo gravi deficienze. Per colmare, sia pure relativamente, tali lacune occorrono — dato l'alto costo d'impianto e di funzionamento degli istituti suddetti — spese rilevanti, che sarebbe eccessivo chiedere a Consorzi che dispongono di limitate risorse. La vastità del còmpito non deve però preoccupare fino a rendere esitanti; anzi il Consorzio potrà svolgere opera assai efficace studiando convenientemente il problema e avviandolo per gradi alla soluzione definitiva.

o) Intanto i Consorzi faranno bene a destinare una parte delle loro entrate ordinarie alle spese (totali o parziali, a seconda delle circostanze) di ricovero degli infermi, e contemporaneamente ad assicurarsi la disponibilità dei posti mediante « speciali convenzioni » con gli istituti di cura già esistenti.

A questo riguardo si nota che assai spesso viene ora richiesto il contributo governativo nella spesa per singoli ricoveri; ma l'azione del Ministero non può essere che sussidiaria di quella degli enti locali, poichè i fondi stanziati finora in bilancio, e sui quali gravano anche i sussidi pel funzionamento degli Istituti di cura e prevenzione antitubercolare, consentono la concessione del contributo soltanto nei limitati casi eccezionali, giustificati da particolari circostanze ed a titolo di semplice concorso integrativo.

p) Quanto alla creazione di nuovi Istituti, spetta ai Consorzi valutarne la necessità e la importanza che dovrebbero avere in rapporto ai bisogni della provincia, e potranno anche prepararne il piano di esecuzione.

q) Non bisogna a questo riguardo dimenticare che la legge chiama a raccolta le energie di tutti gli enti locali, e mira infine a favorire la soluzione di alcuni problemi mediante la costituzione di *Consorzi interprovinciali* a sensi dell'art. 75 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889.

In questo campo pertanto i Consorzi potranno fare opera utilissima nel preparare un piano di azione, sia tecnico che finanziario, provocando il concorso di Comuni, di Enti di beneficenza e antitubercolari, di privati, tracciando alla Provincia o ad altri Enti volenterosi la via da seguire per raggiungere gli scopi desiderati: e si ricordano in proposito le disposizioni vigenti che consentono la contrattazione di mutui pei quali, fino ad un determinato limite, lo Stato si assume l'onere del pagamento degli interessi.

Lo stretto collegamento tra il Consorzio e l'Amministrazione Provinciale, tenuta a provvedere dove non può giungere l'azione del Consorzio, sarà indispensabile per vincere molte difficoltà inerenti al servizio assistenziale, le quali, tuttavia, non sono tali da non potere essere affrontate e superate.

r) PREVENTORI. — Il programma fin qui esposto non sarebbe peraltro completo se parallelamente all'azione assistenziale, i Consorzi non cercassero di creare e sviluppare quella prevenzione e preservazione dell'infanzia che è di grandissima importanza e che è la più feconda.

Si ammette oggi generalmente che la infezione tubercolare avviene sovratutto nella prima infanzia, sicchè lo sforzo che la Società può dare deve mirare a mettere i bambini nelle condizioni più favorevoli di resistenza, e, quando occorra, a provvedere all'immediato intervento assistenziale.

Ne viene di conseguenza che tutte le cure rivolte alla infanzia, così nello intendimento di allontanarla dalle occasioni di contagio come di rinvigorirla, vanno acquistando importanza preminente nella lotta contro la malattia. Basti pensare alle condizioni di quotidiana ed intima convivenza nella quale i figli di tubercolotici si trovano coi loro famigliari, per comprendere come si verifichino in tali casi le condizioni più favorevoli per l'estendersi ed il perpetuarsi del contagio.

s) La preservazione della infanzia va pertanto realizzata mediante una serie di opere, che accompagnano il bambino dalla nascita fino alla fanciullezza, cioè di *preventori*, quali sarebbero gli asili per lattanti, le colonie campestri « permanenti », il collocamento di bambini, opportunamente scelti, presso famiglie di contadini sani (così detto sistema Grancher), ecc.

Soddisfacenti iniziative già esistono e vanno sorgendo in questo campo, ma i Consorzi dovranno portare la loro particolare attenzione per favorirne lo sviluppo, affinchè le barriere di protezione per le nuove generazioni possano essere, per quanto possibile, adeguate alle necessità.

Una recente disposizione legislativa (R. D. 30 dicembre 1923 n. 3132, art. 7) mira appunto ad agevolare l'impianto e l'adattamento di locali per colonie permanenti, concedendo pei relativi lavori le stesse agevolazioni che si fanno per la costruzione di Sanatori e di Ospedali per tubercolosi.

t) COLONIE CLIMATICHE. — Fissati così i cardini fondamentali dell'azione del Consorzio è opportuno accennare a una serie di opere, che pur non avendo esclusivi scopi antitubercolari, rientrano nel quadro della prevenzione e meritano interessamento, quali le *colonie climatiche* e particolarmente, per ragioni di economia, quelle campestri e solari locali, destinate a raccogliere e ad irrobustire fanciulli gracili fra i quali spesseggiano i predisposti alla tubercolosi.

u) SCUOLE ALL'APERTO. — Così pure alle *scuole all'aperto*, che, apparse timidamente, vanno ora per la loro importanza diffondendosi, il Consorzio dovrà dare il suo aiuto mediante la collaborazione delle autorità scolastiche, dalle quali tali istituzioni dipendono.

v) COLONIE-SCUOLE DI LAVORO. — Va qui ricordata la necessità di *colonie-scuole di lavoro* nelle quali i tubercolosi, opportunamente scelti con criterio clinico, sono accompagnati e guidati nell'avviamento al lavoro, in modo che questo sia graduale, proporzionato ed adatto ad ogni singolo individuo e ne migliori le condizioni, anzichè distruggere le poche energie accumulate durante il periodo di cura.

RISANAMENTO DELLA CASA.

w) Va ricordata ancora la questione del *risanamento delle case* insalubri e della costruzione delle *case popolari*, che per molti Comuni costituisce uno dei più gravi problemi, alla cui soluzione il Consorzio dovrà concorrere col segnalarli caso per caso alle Autorità competenti, promuovendo i provvedimenti con impulso pari al beneficio immenso che ne può derivare, tenuto presente che il « problema tubercolare » è bene spesso in gran parte un « problema edilizio » per la cui soluzione non sarà mai sufficiente l'opera di tutti gli Enti cui è devoluto il miglioramento e l'incremento delle abitazioni.

PROPAGANDA IGIENICA.

y) Va ricordata infine la necessità di formare la *coscienza igienica* delle masse, le quali se debbono essere edotte dei pericoli della tubercolosi — senza tuttavia esagerarli — da altro lato devono conoscere le risorse della profilassi e della razionale assistenza, che in così larga misura trionfano sulla malattia, per cui gli Istituti antitubercolari bene tenuti, anzichè destare preoccupazioni e timori, devono essere favoriti come centri di vero risanamento igienico.

z) Un efficace mezzo di propaganda, oltre al cinematografo, alle conferenze, alle pubblicazioni popolari, ecc. è la così detta *Giornata antitubercolare* e *Festa del Fiore*. Rendere tali cerimonie

consuetudinarie significherà trasformare un atto gentile di pietà in un rito di solidarietà umana, che desterà il generale interessamento all'opera di difesa sociale. I Consorzi, su cui già incombe un còmpito ponderoso, potranno del resto anche non occuparsi direttamente di queste cerimonie, ma basterà che suscitino le energie dei volenterosi, contribuendo così notevolmente a quella vasta opera di propaganda che creerà intorno a ogni concreta azione antitubercolare l'aura di simpatia e di consenso che è condizione indispensabile pel successo.

* * *

Il Ministero non si dissimula che il còmpito qui prospettato è arduo, che molti Consorzi iniziano oggi il loro lavoro su terreno povero di istituzioni, mentre i bisogni sono grandi, e che si presenteranno sovente difficoltà non lievi da affrontare, ma fa vivo assegnamento sul contributo di dottrina, di lavoro e di mezzi che nell'attuale risveglio dei più alti ideali non può mancare e che le SS. LL. vorranno segnalare all'attenzione del Governo.

Gradirò un cenno che mi assicuri sull'azione che verrà svolta in codesta Provincia.

Il Ministro: FEDERZONI.

Cronaca del movimento professionale.

Corporazione Sanitaria Provinciale Fascista di Roma.

Il giorno 6 marzo, presieduta dal prof. Ermanno Fioretti segretario, presenti i membri della Giunta Esecutiva dott. Nicola Trulli e prof. Pietro Zannelli, ed i segretari dei Sindacati di categoria con i rispettivi direttori, si è riunita la Corporazione Sanitaria Provinciale Fascista di Roma.

Il prof. Fioretti ha riferito sul nuovo ordinamento dei Sindacati in rapporto con la legge sul riconoscimento giuridico, e sull'attività della Corporazione Sanitaria Provinciale. L'Assemblea, approvata la relazione del prof. Fioretti, e confermato il diritto dei Sindacati Sanitari ad una maggiore valutazione della loro opera, ha poi votato, ad unanimità, dopo ampia discussione, due notevoli ordini del giorno:

I) La Corporazione Sanitaria Provinciale di Roma, uniformandosi alle direttive della Confederazione delle Corporazioni Fasciste, che ha affermato la incompatibilità della coesistenza di due organi giuridici, Sindacato Fascista ed Ordine;

considerando che il Governo Nazionale con la costituzione dei Sindacati, giuridicamente riconosciuti, ha voluto creare un organismo nuovo in seno alle professioni intellettuali, non solo per tutelarne gli interessi economici, ma per favorirne lo sviluppo culturale ed accrescerne il prestigio;

considerando che il continuo accorrere ai Sindacati dimostra che, pure nella classe sanitaria, la quale, generalmente, si mantiene estranea alle lotte politiche, va formandosi una larga corrente valorizzatrice del programma nazionale fascista;

considerando che soltanto i Sindacati hanno mantenuto, con salda disciplina, la loro fede fascista nelle ore ansiose del partito, allorchè l'essere fascista poteva condurre, per la incomprensione del grandioso fenomeno spirituale che pervadeva la nazione, a turbamenti nel campo professionale e sociale;

considerando, infine, la difficoltà di stabilire una divisione netta nelle attribuzioni degli Ordini ed in quelle dei Sindacati, per cui si verificherebbero interferenze ed equivoci dannosi alla classe sanitaria;

ad unanimità, fa voti che il Governo Nazionale, accettando l'ordine del giorno della Confederazione delle Corporazioni Fasciste, provveda alla abolizione degli Ordini sanitari.

II) La Corporazione Sanitaria Provinciale Fascista di Roma, ammirando la feconda opera umanitaria, che svolge il Collegio degli orfani dei sanitari di Perugia, allo scopo di estendere agli orfani di tutti i sanitari d'Italia i benefici di quella istituzione, propone alle altre Corporazioni Sanitarie Provinciali Fasciste di invitare i propri iscritti a dare al Collegio di Perugia un contributo annuo, che sarà stabilito di comune accordo, inviando le adesioni a questa Corporazione Sanitaria Provinciale Fascista.

Delibera poi l'offerta di L. 500 a favore del Collegio degli orfani dei Sanitari di Perugia, nella fiducia che ad essa seguiranno le offerte di tutte le Corporazioni Sanitarie Provinciali Fasciste.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABBADIA S. SALVATORE (*Siena*). — 2ª cond.; a tutto il 10 apr.; L. 6500 e doppio c.-v.; 3 trienni ventes.; L. 6000 dalla Società di M. S. « Monte Amiata ». Età lim. 35 a. Serv. entro 20 gg.

ANCONA. — Vice direttore dell'Uff. comun. di Igiene e due condotte per frazioni; alle ore 18 del 31 mar.; vedi fasc. 11.

BARBONA (*Padova*). — Al 31 mar.; vedi fasc. 7.

BENGASI. *Municipio*. — Ufficiale sanitario. Scad. 20 apr. Vedi fasc. 8.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — Al 27 marzo; lire 9700 oltre c.-v. in L. 1200 se celibe, L. 2000 se ammogl. Tassa L. 50.

CASALE MONFERRATO. *Ospedale Civile di Santo Spirito*. — Primario di radiologia e terapia fis.; Scad. 31 mar.; vedi fasc. 11.

CHIUSI IN CASENTINO (*Arezzo*). — Scad. 27 mar.; 2ª cond. per 1860 ab. in 6 fraz., con 60 fam. pov.; L. 10,000, oltre L. 2000 spese cavalc. e L. 2000 c.-v.; 4 quadr. dec. Età lim. 40 a.

COMUNANZA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 aprile; capoluogo; L. 8500 oltre L. 2700 cav.; 5 quadrienni dec.; L. 500 indenn. laurea; L. 600 se uff. san. Tassa L. 50.25.

FIRENZE. *Ospedale di S. Giovanni di Dio.* — Direttore chirurgo primario; proroga al 10 apr.; saranno ammessi al concorso tutti i laureati che al 1° ottobre 1925 non abbiano superato gli anni 44; i meriti militari a parità di titoli saranno valutati in base ai RR. DD. 30 sett. 1922 e 28 gen. 1923.

LOAZZOLO (*Alessandria*). — Scad. 31 mar.; lire 8000 e quinquenni, oltre L. 700 trasp., L. 500 uff. san.; obbligo arm. farm.

MACERATAFELTRIA (*Pesaro*). — A tutto il 25 mar.; vedi fasc. 11.

MEZZOIUSO (*Palermo*). — Scad. 31 marzo. Per Campo Felice di Fitalia; L. 10,000 e quinquenni.

MONDRAGONE (*Caserta*). — Scad. 30 mar.; 2ª cond.; L. 7000 e 5 quadr. dec.; età lim. 40 a. Tassa L. 50.

PIANDIMELETO (*Udine*). — Consor. 3 com.; L. 7000 e 10 bienni ventes.; cavalc. L. 3000. Scad. 31 mar.

POSTIGLIONE (*Salerno*). — Scad. 10 apr.; L. 7000 pel 20 % popolaz.; addizion. L. 5; quattro quadr. dec.; L. 500 serv. detenuti; L. 500 uff. san.

RECANATI (*Macerata*). — Per Montefiore Bagnolo; kmq. 31 in collina; ab. 4055; L. 8000 e 3 aum. decimo; riconosc. parz. serv. altri Comuni; L. 2500 cav.; in corso aum. 1/10 e addizion. L. 3 oltre 1/10 della popolaz. Età lim. 35 a. Tassa L. 50. A tutto il 15 aprile.

ROMA. *Manicomio Provinciale.* — Tre medici assistenti, di cui uno per la sede di Roma e due per le succursali. Stip. iniziale del grado 9ª categoria. Scad. 30 apr. Rivolgersi ufficio segreteria dell'Amministr. provinc., via Tre Novembre 119-A (Palazzo della Provincia).

SAVONA (*Genova*). *Comune.* — Servizio dermosifilopatico dell'Osped. Civ., ambulatorio e dispensario; L. 6000 e c.-v.; nomina e conferma quinquennali. Scad. 27 marzo.

SENIGALLIA (*Ancona*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo direttore; L. 10,000 e 12 bienni ventesimo per serv. ai poveri; L. 2000 direz. osped.; 1° c.-v.; L. 2000 eventuale servizio poveri fuori ospedale. Ab. 25,473; iscritti circa 5000. Età mass. 40 a. Tassa L. 50.15 all'esattore della Federaz. delle Opere Pie di Senigallia. Serv. entro 20 gg. Chiedere annunzio.

TARCENTO (*Udine*). — A tutto 31 mar.; ab. 6748, iscritti 634; L. 9000 e 6 quadr. dec.; L. 500 serv. att.; L. 1000 trasp.; doppio c.-v.; se uff. san. L. 1000. Chiedere avviso.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Med.-chir. assist. straord.; L. 4500. Età mass. 30 a. Nomina annua. Docum. al Protocollo non oltre le ore 17 del 27 marzo.

VICALVI (*Caserta*). — L. 8000 oltre L. 2400 cav., L. 500 uff. san. Scad. 30 gg. dal 2 mar. Età lim. 40 a.

VITERBO (*Roma*). *Ospedal Grande degli Infermi.* — Due med.-chir. assistenti. Scad. 31 mar. Età lim. 30 a. L. 7000 oltre L. 1200 c.-v., camera, vitto nei giorni di guardia. Biennio di prova. Serv. entro 10 gg. Chiedere annunzio.

VITULAZIO (*Caserta*). — L. 7000 e c.-v.; età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Chiedere bando Comune. Scad. a 30 gg. dall'8 marzo.

CONCORSI A PREMIO.

Premio Zannetti.

Presso l'Accademia Medico-Fisica Fiorentina (via Alfani 33) è bandito il concorso a un premio quinquennale di L. 500 sul tema: «Criteri biologici per l'attuazione ed il successo del trapianto di glandole a secrezione interna». Scade il 31 dic. 1926. Il premio sarà conferito secondo norme consuete. Chiedere il regolamento alla segreteria.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione Rockefeller.

La Fondazione Rockefeller ha stabilito di costituire presso alcuni Istituti biologici italiani, scelti dai dirigenti della Fondazione fra quelli più attivi nella produzione scientifica, e che sono fiorenti vivai di allievi, dei posti di studio per i giovani laureati che intendono di dedicarsi alle scienze biologiche pure, oppure vogliono crearsi una base solida prima di passare alle cliniche. Coloro che saranno prescelti, fino a quattro per ogni Istituto designato, avranno un compenso mensile da 700 a 1000 lire (salvo nel mese di agosto) e di più l'Istituto riceverà per ciascuno 100 dollari all'anno per le spese di libri, materiali, ecc. incontrate durante le loro ricerche. Saranno preferiti coloro che già sono assistenti od aiuti, conservando il posto di effettivo, ma pagati dalla Fondazione Rockefeller invece che dalla Università. L'istituzione di questi posti di studio durerà fino al 1928; il posto è per un anno, ma è confermabile per un altro; tra coloro che ne avranno goduto ne verranno poi scelti alcuni da inviarsi in seguito all'estero a spese della Fondazione Rockefeller. L'intento di questa benefica istituzione, che viene così in aiuto dei nostri laboratorî di scienza pura, oltre che con l'invio di libri e di giornali scientifici, con queste ottime borse di studio precliniche, è altamente lodevole.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Hanno conseguito la libera docenza in: batteriologia, Pulgher Fulvio; clinica chirurgica e medicina operatoria, Chiasserini Angelo; patologia e clinica ostetrico-ginecologica, Bompiani Roberto, Cusmano Ferdinando, Cuzzi Giuseppe, Massazza Mario; patologia generale, Dal Collo Pier Giovanni; patologia speciale chirurgica, Piccaluga Nino e *per esami*, Cervasio Raffaele, Piccoli Gustavo, Scalese Vincenzo; patologia speciale medica, Ceresoli Adriano, Gamna Carlo, Girardi Pietro, Marcialis Giuseppe, Mino Prospero, Roell Giovanni, Sebastiani Antonio, Trenti Enrico e *per esami*, Donadio Nicola, Fienga Gino, Scalas Luigi.

Il dott. Erwin R. Schmidt, di Chicago, è nominato professore di chirurgia all'Università di Wisconsin e chirurgo del Wisconsin General Hospital a Madison, in sostituzione del dott. Carl A. Hedblom, chiamato all'Università dell'Illinois a Chicago.

NOTIZIE DIVERSE.

IV Congresso Nazionale d'Igiene.

Nel maggio 1926 avrà luogo in Torino il IV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per l'Igiene, presieduta dal prof. Achille Sclavo.

Alla manifestazione S. A. R. la Principessa Laetitia si è compiaciuta di concedere il suo alto patronato.

Il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. Francesco Abba, direttore dell'Ufficio d'Igiene e Sanità della città di Torino e presidente della « Crociata contro la Tubercolosi ».

Saranno trattati argomenti di carattere generale: primo relatore sarà il prof. Raffaello Vivante, vice-presidente dell'Associazione, direttore dell'Ufficio di Igiene della città di Venezia.

Il programma definitivo dei lavori del Congresso sarà stabilito in una prossima riunione del Consiglio Nazionale dell'Associazione.

Non è a ritenersi prematuro l'annunzio del Congresso di Torino, giacchè fin da ora è necessario che le numerose Sezioni dell'Associazione preparino il loro contributo di osservazioni e di proposte in merito al grande movimento, che sempre più si afferma per la propaganda nazionale.

Il I Congresso della Società Italiana di Studi scientifici sulla Tubercolosi.

Domenica 14 febbraio, nella sede della Segreteria (Milano, via G. Ferrari 18) ebbe luogo la riunione del Consiglio della Società Italiana di Studi Scientifici sulla Tubercolosi.

Erano presenti alla riunione il sen. E. Maragliano, presidente: i proff. Ronzoni, Ronzani, Zoja, De Bonis, Magrassi, Devoto, Carpi, Bertolini, Mendes (segretario generale della Federazione Italiana per la Lotta contro la Tubercolosi) e il dott. A. Cecchini, segretario.

Dopo ampia discussione si è stabilito di tenere il primo Congresso della Società in Milano nella seconda metà del prossimo ottobre; a seguito al Congresso di Padova della Società di Medicina Interna.

Tema di relazione sarà: « Il pneumotorace nella cura della tubercolosi polmonare ».

Il primo relatore prof. De Bonis di Napoli tratterà delle ragioni scientifiche e del meccanismo di azione, il secondo prof. Carpi delle indicazioni, della tecnica, della sintomatologia e della condotta della cura, il terzo prof. Ronzoni dei risultati immediati e lontani.

La data precisa e definitiva del Congresso (che durerà due giorni) sarà comunicata successivamente. Fra le comunicazioni verrà data la precedenza a quelle riflettenti gli argomenti svolti dai relatori.

Il Consiglio ha inoltre definito e discusso i rapporti che devono intercedere fra Società e Federazione Ital. per la Lotta contro la Tubercolosi.

La Presidenza della Società invita gli studiosi italiani di tisiologia che desiderassero farne parte, a inviare la loro adesione e la quota di associazione (L. 20) al segretario della Società dott. A. Cecchini presso l'Istituto di Tisiologia in Milano (15) via Gaudenzio Ferrari 18.

Associazione Medica Italiana d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

L'Associazione (Sezione Italia-Superiore) ha tenuto l'assemblea ordinaria annuale, sotto la presidenza del prof. L. Devoto, presidente generale dell'Associazione, e del prof. P. Piccinini, presidente regionale della Sezione Alta-Italia.

L'Assemblea riuscì importante per il numero dei presenti e per l'autorità scientifica degli intervenuti.

Si notavano i proff. on. Gabbi dell'Università di Parma, Carreras dell'Univ. di Pisa, Floriani di Venezia, Pinali di Torino, e Cattaneo, Rondoni, Pepere, Boveri, Vinaj, Viganò, Pedrazzoli, Corcellini, Gozzi di Milano e molti altri.

Riferirono i proff. Devoto e Cattaneo sul prossimo Congresso Nazionale di Idrologia che sarà tenuto nel maggio a Salsomaggiore e che riuscirà sicuramente una splendida affermazione del progresso scientifico ed idrologico d'Italia. Il prof. Piccinini fece il resoconto morale della attività svolta dalla Associazione nell'anno 1925 accennando anche ad un bene ordinato programma futuro.

Il prof. Boveri svolse il tema: « La scienza idrologica ed il progresso delle nostre Stazioni Termali », trattazione che riscosse gli applausi dell'Assemblea la quale proponeva in fine di seduta il seguente ordine del giorno approvato all'unanimità:

ORDINE DEL GIORNO:

La « Sezione Alta Italia » della Associazione Italiana di Idrologia e Climatologia, riunita in seduta ordinaria il giorno 28 febbraio 1926, udita la lucida e persuasiva relazione del prof. B. Boveri;

approva pienamente il concetto e l'auspicio di una sempre maggiore elevazione scientifica della Idrologia, con l'ausilio di tutte le scienze che alla Idrologia formano necessario substrato, e facendo capo alla Clinica, che è sintesi scientifica e applicazione pratica ad un tempo;

auspica inoltre che gli amministratori delle Aziende Termali e gli industriali italiani, intelligenti ed alacri, diano sempre più il loro appoggio a questo indirizzo scientifico, arra delle maggiori ascese;

e fa voti che nella scelta dei medici alla Direzione Sanitaria delle Terme sia unica guida la capacità scientifica e la dirittura morale del medico, e che tanto gli uomini di scienza come gli industriali svolgano opera concorde, con ogni mezzo più elevatamente efficace, per la valorizzazione sempre maggiore della Idrologia Italiana.

Associazione dei Medici di Lingua francese dell'America del Nord.

Terrà il suo IX Congresso a Montreal dal 21 al 23 settembre. Relazioni: Insufficienza ventricolare; Trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica e

dell'ulcera duodenale; Profilassi della sifilide infantile; Prevenzione sociale della tubercolosi; Interpretazione degli stati vertiginosi; L'ospedale e il pratico. Iscrizione: 20 dollari (500 lire it. circa). Presidente del Comitato esecutivo è il prof. Albert Le Sage, presidente generale dell'Associazione; segretario del Congresso è il dott. Romeo Brucher; tesoriere il dott. Hector Aubry; indirizzo: Casier postal 183, Station Outremont, Montreal (Canadà).

Corso di perfezionamento in igiene

per aspiranti ufficiali sanitari, avrà luogo a Padova a partire dal 15 aprile, per un bimestre. Tasse complessive L. 395.45. Modalità consuete.

I Comuni e la propaganda igienico-sociale per mezzo della cinematografia.

È questione di grande attualità che trova riferimento ed estrinsecazione in un recente provvedimento legislativo: il R. Decreto-legge 23 novembre 1925 promosso da S. E. il primo Ministro Capo del Governo il quale ha creato l'Istituto Nazionale per la propaganda e la cultura per mezzo della cinematografia « L'Unione Cinematografica Educativa - L.U.C.E. ». L'argomento è trattato diffusamente nel fascicolo di gennaio della « Rassegna della Previdenza Sociale », la nota rivista edita dalla Cassa Nazionale Infortuni.

Commemorazione del generale prof. Bonomo.

Ad iniziativa del presidente dell'Accademia Pugliese di Scienze, prof. Nicola Leotta, il 2 u. s., alla presenza di un folto ed elevato uditorio, fu solennemente commemorato, nell'Aula Magna della R. Università di Bari, il T.te Generale Medico prof. Lorenzo Bonomo, incaricato dell'insegnamento di medicina operatoria nella R. Università di Bari.

Dopo poche parole di occasione del prof. Leotta e del magnifico rettore dell'Università prof. Neri, sorse a parlare l'oratore ufficiale della cerimonia on. prof. Amedeo Perna, il quale, con commossa parola e con smagliante oratoria, illustrò la vita dell'illustre Estinto, che fu soldato sempre ed ovunque mirabile, nonchè scienziato insigne, gentiluomo perfetto.

L'O. concluse elogiando il prof. Leotta per l'iniziativa presa di questa solenne commemorazione e si compiacque che lo stesso incarico di medicina operatoria sia stato affidato al primogenito dell'Estinto, dott. Vincenzo Bonomo.

La « Umfia ».

L'Unione Medica Franco-Ibero-Americana o « Umfia » include attualmente più di 2000 membri, che appartengono a 25 Stati. È da notare e da deplorare la mancanza dell'Italia e della Romania da questa Lega medica neo-latina.

Tenne l'ultima sua adunanza il 21 dicembre 1925, nell'Hôtel des Sociétés Savantes di Parigi; fu deciso allora di riprendere l'idea di un Congresso Medico Latino, di cui si era avuto il progetto prima della guerra, e di creare un « Foyer » permanente. L'Unione ha sede presso il presidente, dott. Dartigues, rue de la Pompe 81, Parigi VI.

Il prof. Chagas a Berlino.

Il prof. Carlos Chagas, direttore del servizio sanità pubblica al Brasile, si è recato a Berlino, ove la « Berliner Medizinische Gesellschaft » tenne una seduta in suo onore; egli pronunziò una conferenza sul morbo che da lui prende il nome.

Fondazione per lo studio delle malattie cardiache.

Il sig. Jacob Wiskin ha donato una somma cospicua al « Beth David Hospital » di New York, in memoria della moglie, per promuovere lo studio e la profilassi delle malattie cardiache; la *Fondazione Wiskin* sarà diretta dal dott. Albert S. Hyman, capo del reparto cardiologico nel suddetto ospedale, coadiuvato dalla « American Heart Association » e dalla « Association of Cardiac Clinics ». Entrerà subito in azione. I medici sono sollecitati a sottomettere casi interessanti di cardiopatie e problemi di studio al direttore.

Materiale dimostrativo dermosifilografico.

La Direzione di Sanità degli Stati Uniti (U. S. Public Health Service) ha fatto preparare delle pellicole per proiezioni da eminenti dermatologi e sifilografi, rappresentanti lesioni sifilitiche e lesioni cutanee simulanti la sifilide; verranno fornite in prestito gratuitamente a scuole mediche, società mediche e ospedali.

Due medici morti per l'uso di ipnotici.

Ha sollevato interesse a Londra la sorte di due medici, del quartiere di Kensington, uno dei quali, dell'età di 49 anni, morto in seguito a impiego di morfina, cocaina e barbital; l'altro, dell'età di 34 anni, morto in seguito a impiego di cloralio e idrato e canape indiana; l'uno e l'altro per combattere l'insonnia. La perizia accertò che le morti furono dovute rispettivamente ad avvelenamento barbiturico ed avvelenamento cloralico. Esse furono considerate accidentali e il giudice istruttore emise verdetto di non luogo a procedere.

Membri estranei ammessi in una Società medica.

La « Kings County Medical Society », di New York, nella seduta del 19 gennaio u. s. ha approvato ad unanimità un emendamento alla sua costituzione ed ai suoi regolamenti, in base al quale sono ammessi a far parte della società i profani alla medicina, se affermatisi in altri campi del sapere o se hanno reso dei servigi all'igiene pubblica, ed i cultori di campi affini. La stessa proposta è stata avanzata alla « Philadelphia County Medical Society ». Si vuole che siano questi i primi esempi del genere.

Il 21 febbraio ultimo scorso si spegneva in Sassari il prof. ERNESTO BRUGNATELLI. La sua giovane vita veniva troncata crudelmente proprio nel momento in cui Egli, dopo lunghi anni di studio intenso e di indefessa attività, aveva raggiunto la meta agognata e si accingeva a prodigare, nel campo dell'insegnamento, le elette doti della mente ormai matura per i grandi cimenti e per le responsabilità della scuola.

Nato nel 1884 a Rivanazzano da nobile famiglia, nella quale il culto della scienza è tradizione, il prof. Brugnatelli sentì fin dai più giovani anni il fascino degli studi e dell'indagine scientifica. Benchè munito di largo censo, preferì alle allegre brigate goliardiche l'ambiente severo del laboratorio, e già nel secondo anno di studi universitari veniva accolto nell'Istituto di Istologia e Patologia generale della Regia Università di Pavia diretto da un grande recentemente scomparso: Camillo Golgi.

Lavorò sotto la guida del maestro illustre, di cui bèn presto divenne uno degli allievi prediletti, per sei anni, dedicandosi prima a interessanti ricerche riguardanti la fine struttura e la funzione del rene che, illustrate nella dissertazione di laurea, gli valsero, all'esame, i pieni voti assoluti e la lode, e poscia a ricerche sulla chinina in rapporto con la lotta antimalarica, e a indagini sulla complessa questione della steatonecrosi pancreatica, mettendo in luce fatti di importanza capitale per l'interpretazione della patogenesi di questa oscura forma morbosa.

Ma per il suo temperamento, attivo e volitivo, venne ben presto attratto dalle discipline chirurgiche, e nel 1910 fu nominato assistente onorario nell'Istituto di Patologia chirurgica della R. Università di Roma diretto dal prof. Alessandri. In quell'anno pubblicò interessanti lavori riguardanti un caso di ipernefroma a metastasi multiple sottomucose e sottocutanee, un tumore misto renale a nodulo osteoblastomatoso e la reazione meiostagmica nella diagnosi dell'echinococco. Nel 1911 venne nominato assistente di ruolo nella Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Pavia e, da allora in poi, rivolse ogni sua attività a ricerche su argomenti interessanti strettamente la specialità. Pubblicò una serie di lavori sulle cellule interstiziali dell'apparato sessuale femminile, sul colostro, sulla secrezione interna mammaria che formano, nel loro insieme, un importante contributo alle nostre conoscenze tanto sull'anatomia quanto sulla fisiologia e sulla fisiopatologia degli organi genitali femminili. Nè mancano, nella produzione scientifica del prof. Brugnatelli, interessanti lavori di anatomia patologica come quelli riguardanti un caso di disoma onfalo-angiopago, un caso di rene policistico tubercolare, un caso di grosso fibroma cistico a sviluppo sottosieroso, e lavori di indole prevalentemente clinica, come quelli che si riferiscono allo studio delle psicosi puerperali, all'innesto ovarico, alla terapia del gozzo endemico e alle indicazioni del taglio cesareo.

Libero docente per titoli in patologia generale nel 1912, libero docente, pure per titoli, in Clinica ostetrico-ginecologica nel 1914, aiuto del prof. Clivio a Pavia e a Genova, e poscia del prof. Alfieri a Pavia, il prof. Brugnatelli, nell'aprile del 1925, ottenne l'incarico dell'insegnamento presso la Clinica ostetrico-ginecologica di Sassari e, nel gennaio scorso, in seguito a concorso, e ad assai lusinghiero giudizio dato di lui dalla Commissione, veniva prescelto a pieni voti a titolare di quella cattedra.

Durante i 6 mesi d'incarico Egli compì un lavoro di non comune intensità che, se valse a suscitare l'ammirazione dei colleghi e la riconoscenza delle inferme da Lui beneficate, contribuì certamente a maggiormente logorare il suo organismo da tempo malato. Di ciò Egli era conscio, e non è senza commozione che si legge il rendiconto clinico pubblicato dal prof. Brugnatelli, alla vigilia dell'ultimo concorso, nel quale Egli, illustrando l'opera propria di un semestre — opera complessa e veramente cospicua per il numero e la qualità degli interventi chirurgici e pei successi conseguiti — esplicitamente afferma, quasi presago della prossima fine, di aver compiuto « un insieme di lavoro forse superiore alle sue forze ».

Animo generoso, sempre pronto ad aderire con entusiasmo ad ogni nobile iniziativa, il prof. Brugnatelli fu assertore convinto della necessità, per l'Italia, della guerra liberatrice, e fu dei primi a recarsi alla frontiera, malgrado le condizioni sue di salute giustificassero pienamente la sua permanenza in unità territoriali. Colpito da grave trauma in servizio, dopo 10 mesi di cure, volle nuovamente ritornare in zona di guerra prodigandosi senza cura di sè. Dopo l'armistizio e la pace fu milite fedele delle forze nazionali, e seguiva giornalmente, con entusiasmo e con orgoglio, la mirabile ascensione dell'Italia. Per la grande bontà e per la dirittura dell'animo, per la signorilità insita nel suo essere, per l'entusiasmo che lo animava e lo spingeva a far sacrificio di sè, il prof. Brugnatelli fu amato da tutti coloro che lo avvicinarono. Con lui la Patria ha perso un cittadino esemplare e la famiglia universitaria uno dei suoi figli migliori.

F. MARCORA.

A Sanremo si è spenta il 1° gennaio 1926, per malattia lenta e fatale, la dottoressa ITALIA MAGLIANI ancora in età giovanissima. La sua fine dolorosa desta un senso speciale di pietà quando si pensi al duro destino che sempre gravò su questa collega studiosa, colta, valorosissima. Figlia di un distinto medico condotto morto tragicamente, rimasta orfana con la povera madre, si diede coraggiosamente allo studio della medicina non ostante che il male, che poi doveva condurla alla tomba, già avesse dati repetuti segni di sè.

Si laureò sei anni or sono a Bologna col massimo dei punti ed esercitò poi la professione a Sanremo, tenuta in grande considerazione dai colleghi tutti. Essa pensava così, dignitosamente, al sostentamento proprio e della povera mamma. Il male che le minava l'organismo ha lentamente e irrimediabilmente troncata la sua vita e la sua opera così nobilmente iniziata.

A. A.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Mediz. Klinik, 28 ag. — H. KAHLER. L'esame della funz. renale. — L. JARNO. Sulla genesi dell'ulcera rotonda dello stom.

Wien. Klin. Woch., 27 ag. — L. DIMITZ e V. VUJIC. La pseudosclerosi (Westphal-Strümpell). — R. GRÜNTAUM. Diatermia della regione ipofisaria.

Lancet, 29 ag. — Numero degli studenti.

Vers la Santé, ag. — G. PITTALUGA. Lo sforzo internaz. contro la malaria nella Macedonia greca. — sett., GENIL-PERIN. L'igiene mentale.

Annali d'Igiene, mag. — Numero sulla malaria.

Journ. d. Prat., 29 ag. — CHAUFFARD. Gli ascessi del fegato.

Journ. de Méd. de Paris, 22 ag. — Numero sulla sifilografia.

Bull. Méd., 26-29 ag. — Numero sulla sclerosi a placche.

Journ. d. Prat., 15 ag. — A. GUÉRIN. Encefalite dermotropa.

Journ. Méd. Franç., giu. — Numero sulle surrenali.

Münch. Med. Woch., 28 ag. — A. LÄWEN. Anestesia sacrale e anest. paravertebrale. — F. JAHNEL e J. LAUGE. Rapporti tra framboesia e sifilide. — H. CURSCHMANN. Trasformaz. di m. di Basedow in mixedema dopo roentgenterapia. — F. BERING. Inoculaz. di malaria per la cura della tabe. — H. MARCUS e E. SAHLGREN. Suggestione ipnotica ed azione del sist. nerv. vegetativo.

Deut. Med. Woch., 28 ag. — B. O. PRIBRAM e a. L'esame radiolog. della cistifellea. — W. TESCHENDORF. Stati normali e patologici del duodeno ai raggi X. — C. SONNENSCHEIM. Dimostraz. di proprietà antibatteriofagica del siero. — S. SCHMAL. Il nirvanol nella chorea minor.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ag. — Numero di oto-rino-laringol.

Zbl. f. Chir., 29 ag. — U. P. FEDOROFF e K. P. SAPOSCHKOFF. La sezione del n. depress. nell'angina pect. — E. FAMINSKI. Trattam. del varicocele secondo Isnardi.

Morgagni, 23 ag. — C. CANTIERI. L'ernia del mediastino in corso di pneumot. art.

Pathologica, 15 ag. — E. PUCCINELLI. Cellule contenenti ferro nell'ovaia.

Minerva Med., 31 ag. — C. GAMNA. Formula eritrocitometrica. — P. SISTO. Elettrocardiogramma ventricolare.

Riforma Med., 10 ag. — L. CONDORELLI. Le fitochinine nel trattam. del diabete pancreat. — C. MONTEMARTINI. Potere antigene degli organi tubercolari.

Arch. de Cardiol., ecc., ag. — F. MAS e Y MAGRO. Fisiologia e istopatol. del gozzo.

Wien Arch. inn. Med., 15 ag. — H. DIMMEL. La leucemia acuta. — A. WINKLER. Genesi dei rantoli. — M. M. GUBERGRITZ. Clinica del tifo petecch.

Journal Am. Med. Assoc., 15 ag. — J. M. WOLFSOHN e C. LEIVA. Terapia triparsamidica della neurolue. — L. A. KOHN e al. Lo zucchero nel sangue dopo una maratona di corsa. — R. T. FRANK e al. Dimostrazione dell'ormone sessuale femmin. nel sangue. — J. T. O' FERRALL. Emangioma del ginocchio.

Presse Méd., 19 ag. — L. BARD. Similitudini e differenze delle atassie tabetiche e cerebellari. — 22 ag., H. GONGEROT. Tubercolosi e nocardiosi elefantiasiche, ulcerose e fistolose. — L. KARWACK. I globuli bianchi nella febbre ricorrente.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., ag. — O. H. SCHWAZ e R. PADDOCK. La cicatrice cesarea. — J. L. RUBIS. Riparazioni gineplastiche post-partum. — F. L. ADAIR e H. THELANDER. Peso e dimensioni della placenta e del feto. — H. E. MILLER. La versione.

Clin Chirurg., lug. — B. ROSSI. La clin. chirurg. e sua import. sociale. — G. NEGRONI. Voluminoso diverticolo del tenue.

Practitioner, sett. — E. WATSON-WILLIAMS. L'orecchio medio quale sorgente di assorbimento settico cronico. — J. L. STRETTON. Il destino ultimo delle porzioni d'intestino fuori uso dopo interventi per corti circuiti completi. — W. FLETCHER STIEL. Segni oculari nelle malattie nerv.

Pediatria, 1 sett. — P. RITOSSA. Deviaz. del complem. nei vaiolosi e nei vaccinati. — C. GALLO. Resistenza leucocitaria nei neonati. — L. BONACCORSI. L'ipofisina nella cura dell'enuresi.

Difesa Soc., ag. — E. LEVI. La battaglia per la malaria. — U. HECHL. Le malattie sessuali nella Cecoslovacchia.

Rev. Med. Latino-Amer., lug. — F. C. ARRILLAZA. Sclerosi dell'a. polmon. — W. E. COUTTS. Intossicaz. da ac. ossalico. — C. A. VIDELA. Riattivaz. del fenom. Bordet-Gengou-Wassermann. — G. BOSCO. L'insufficienza funzionale miocardica.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 29 ag. — A. VILLEGAS. Il met. Mollgaard per la cura della tbc.

Edinb. Med. Journ., sett. — D. M. LYON. Lo sviluppo della terapia. — C. C. EASTERBROOK. Gli invalidi mentali.

Scalpel, 29 ag. — HICGUET. Le odontalgie sinusali.

Giorn. Ital. Dermat. e Sifil., ag. — V. CAPUTO. La lepra in Calabria. — L. BUSSALAI. Spermocultura e riattivaz. vaccinica nella blenorragia. — T. LUCRI. Sifilide vescicale. — F. DEL GUASTA. Il tubercolo del Carabelli nella diagn. di eredolue. — G. VISIOLI. Cura della scabbia.

Igiene Moderna, giu.-lug. — F. ABBA e A. BORMANS. I tubi « eternit » e le loro applicaz.

Riforma Med., 17 ag. — G. FRANCESCHINI e G. NARDI. Distrofia ovarica da eredo-sifilide. — A. ROMANI e G. LULY. Trasfusioni e iniez. di soluz. fisiologiche nelle anemie emorragiche.

Journ. d. Sc. Méd. de Lille, 6 sett. — M. D'HALLUIN. Etiologia e patogenesi del cancro.

Wien. Klin. Woch., 3 sett. — W. GILBERT. Simpatico ed eterocromia. — R. JACHIMOVITZ. Sacrocoxite.

Mediz. Klinik, 4 sett. — F. GLASER. Età e sistema nerv. vegetat. — W. DOLTER. I gruppi sang. — A. STRASSER. Terapia simultanea.

Deut. Med. Woch., 4 sett. — A. DÖDERLEIN. Vecchio e nuovo in ostetr. operativa. — C. HIRSCH. Patologia delle leucemie. — G. JOACHIMOGLU e J. R. SPINNER. Etiol. del morbo di Haff.

Münch. Med. Woch., 4 sett. — OBERNDORFER. Basi anatomiche dell'angina pectoris. — STOCH. Roentgenterapia dell'iridocistite tub. cron. — C. BECKER. Terapia dell'aborto.

Journ. Amer. Med. Assoc., 22 ag. — Numero sull'insegnam. med.

Lancet, 5 sett. — A. V. HILL. Basi fisiologiche dei *records* atletici. — F. IVENS e al. Provocaz. prematura del travaglio.

Ann. di Oftalmol. e Clin. Ocul., 9. — D. LO RUSSO. Etiol. e patogen. della cataratta capsulare acquisita. — P. MOSCARDI. Traumatismi del cranio e lesioni delle vie ottiche.

Paris Méd., 29 ag. — E. YALOUSSIS. Broncoamibiasi di Petzekasis. — BAILLET. Perfezionam. tecnico al pneum. artif.

Zbl. f. Chir., 5 sett. — E. PAYR. Liberaz. del coledoco nelle operazioni ripetute dopo colecistectomia. — E. HAYM. Cardiolisi.

Stomatol., sett. — G. BILANCIONI. Anat. e fisiol. comparata dei seni accessori del naso.

Journ. de Méd. de Paris, 29 ag. — Numero di sifilografia.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., 1 sett. — I. PENTMANN. Anat. patolog. della terzana.

Zentr. f. inn. Med., 5 sett. — H. BURGERHOUT. Nefrite sifilitica.

Bull Méd., 2 e 5 sett. — J. MEYER-MAY. Asma appendicolare.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 30 ag. — P. L. DELLA TORRE. Errori di diagnosi in chirurgia cerebr.

Giorn. di Cl. Med., 31 ag. — A. GIACOBBI. Trattamento dell'iperclorìdria coi bromuri.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

ANNO XXXIII — Roma, 29 Marzo 1926 — Fasc. 13

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTIT. DI MEDICINA LEGALE DELLA R. UNIV. DI MODENA
diretto dal prof. LEONE LATTES.

Sul miglior metodo di preparazione dei sieri-testo per la diagnosi individuale del sangue.

Dott. PAOLO BADINO
assistente della R. Clinica ostetrico-ginecologica di Palermo.

I moderni studi sulla individualità del sangue si sono particolarmente interessati, in questi ultimi tempi, di due fenomeni, apparentemente molto simili a quello della isoagglutinazione e che facilmente con questo possono confondersi, generando soventi confusioni od errori di interpretazione: voglio dire della pseudoagglutinazione da impilamento e della autoagglutinazione.

Furono le indagini del Lattes e della sua scuola a mettere in rilievo la grande influenza di queste cause di errore per la dottrina e la pratica delle reazioni individuali ed in seguito ad escogitare rimedi efficaci a combatterle, onde poter sempre e con sicurezza distinguere, nelle diagnosi di gruppo sanguigno, le vere agglutinazioni specifiche (isoagglutinazioni) dalle false (pseudoagglutinazioni da impilamento, autoagglutinazione, panagglutinazioni).

Senza dilungarmi eccessivamente su quanto è stato scritto sull'argomento, ricordo qui solamente come la pseudoagglutinazione da impilamento si ritenga oggigiorno esclusivamente dovuta alle stesse cause che normalmente provocano la sovrapposizione dei globuli rossi gli uni sopra gli altri a guisa di pile di monete in qualsiasi sangue normale, senza l'intervento di spe-

ciali antigeni ed anticorpi; nonchè dei fenomeni di sedimentazione. Tale impilamento come ben si comprende non è specifico di un dato gruppo sanguigno, ma in misura maggiore o minore comune a tutti i sangui umani.

Opportune diluizioni del siero (1/2, 1/4), stagionatura dei sieri-testo senza inattivazione a 56°, lecitinizzazione dei globuli, sono mezzi sufficienti ad eliminare il fenomeno dell'impilamento epperciò la pseudoagglutinazione (Lattes).

Per quanto riguarda invece il fenomeno della autoagglutinazione, ritenuto dapprima esclusivamente anch'esso una semplice manifestazione di impilamento, studi recenti (Hirszfeld e allievi, Mino, Goroncy, Dölter) hanno mostrato che, se pure in parecchi casi si tratta di pseudoagglutinazione senza reazione antigene-anticorpo, in altri siamo in presenza di una agglutinina propriamente detta, che può fissarsi sui globuli di qualsiasi provenienza, e non ha quindi alcuna specificità. A tale agglutinina non si adatta però il termine di « autoagglutinina » perchè appunto agisce su globuli qualsiansi, anche animali, e talora agglutina in scarsa misura proprio i globuli dello stesso individuo. Oltre alla mancanza di specificità, che la ha fatta denominare dal Mino panagglutinina, essa ha un'altra caratteristica proprietà: di agire soltanto a bassa temperatura, normalmente tra 0° e 5°, eccezionalmente fino a 20°; mentre le isoagglutinine agiscono regolarmente fino a 40°. Per tale proprietà Hirszfeld ha proposto di attribuirle il nome di Kälte-agglutinin (agglutinina da freddo).

Malgrado la circostanza che oltre i 20° questa disturbatrice panagglutinazione non si verifica più (il che ci indica una via per difendercene) risulterebbe comodo ed opportuno per la pratica consueta della iso-agglutinazione ottenere sieri reattivi privi di panagglutinine. Essendo perciò interessante studiare quale sia a questo scopo il miglior modo di preparare i sieri-campioni, ho intrapreso in questo senso alcune ricerche per consiglio del prof. Lattes, che ringrazio di avermi accolto nel suo laboratorio.

Ho voluto appunto verificare se l'assorbimento delle autoagglutinine avveniva più completamente nei sieri preparati dal coagulo oppure nei plasmi ottenuti con l'aggiunta al sangue di speciali sostanze anticoagulanti: citrato di sodio nelle proporzioni dell'1 0/0 o fluoruro di sodio all'1 0/00; tenendo presente che mediante l'aggiunta di fluoruro sodico si sarebbe avuto il vantaggio di ottenere sieri-campioni antibatterici.

In tutti i casi esaminati ho preparato per ciascun sangue sieri e plasmi a 0° e a 37°, ottenendoli rispettivamente dal coagulo centrifugato e con gli anticoagulanti; i diversi campioni di siero e plasma ho poi fatto reagire, puri, in goccia pendente, su tracce di sedimento globulare dello stesso individuo ed osservate le reazioni al microscopio dopo 1/2 ora di permanenza alla stessa temperatura a cui era stato preparato il rispettivo siero o plasma. Per ogni campione ho anche fatto ed osservato preparati microscopici a 16°.

I risultati ottenuti si leggono nella seguente tabella:

Casi	Gruppo	Siero ottenuto dal coagulo alla temperatura di				Plasma ottenuto col citrato alla temperatura di				Plasma ottenuto col fluoruro alla temperatura di			
		0°		37°		0°		37°		0°		37°	
		Reazioni dei sieri con i globuli dello stesso individuo alla temperatura di:											
		0°	16°	16°	37°	0°	16°	16°	37°	0°	16°	16°	37°
1	III. B α	—	—			+	+			+	+		
2	II. A β	—	—	+	—	+	+	+	—	+	+	+	—
3	I. O αβ	—	—	—	—	±	—			+	—		
4	II. A β	±	—	—	—	±	±	+	—	+	+	±	±
5	I. O αβ	±	±	—	—	+	+	+	±	+	+	±	±
6	III. B α	±	—	±	—	+	+	+	±	+	+	+	±
7	I. O αβ	—	—			+	+						

N. B. Il segno + indica agglutinazione positiva; eventuali fatti di impilamento sono stati considerati come agglutinazione negativa. — Il segno ± indica reazione in tracce od incerta. Le caselle vuote corrispondono a reazioni non eseguite.

Da questa tabella appare chiaramente come i sieri preparati dal coagulo alle temperature di 0° e 37° non agglutinano affatto generalmente a queste rispettive temperature nè a 16 gradi i propri globuli rossi; mentre i plasmi ottenuti dal sangue reso incoagulabile con l'aggiunta di speciali sostanze (citrato e fluoruro di sodio) dimostrano di possedere ancora e in tutti i casi assai spiccatamente dei poteri agglutinanti verso i propri eritrociti.

È evidente che le panagglutinine sono state più completamente assorbite dai globuli rossi impigliati nel coagulo anzichè da quelli rimasti liberi e sedimentati in fondo alla provetta per l'aggiunta di anti-coagulanti. Inoltre, appare che la mancata precipitazione del fibrinogeno, oppure forse la presenza stessa di sostanze estranee quali il citrato o il fluoruro favoriscono l'ammassamento dei globuli, i quali a differenza che col siero, risultano talora agglutinati in tracce anche a temperature di 37°.

Qualunque sia però la ragione da richiamare in causa per spiegare un più facile e completo assorbimento delle panagglutinine da' parte dei globuli rossi del coagulo in confronto con quelli separati dal plasma con gli anticoagulanti, si può tuttavia con sicurezza affermare che la preparazione dei sieri dal coagulo, ottenuta dopo due ore di sieramento del sangue a 0°, sia certamente da preferirsi a qualunque altra finora esperimentata.

Per mettere però più particolarmente in evidenza la notevole influenza che ha la temperatura sull'assorbimento delle panagglutinine durante il periodo di sieramento del sangue, ho voluto intraprendere un'altra serie di ricerche estendendo quelle analoghe di Goroncy. In esse ponevo a sierare campioni dello stesso sangue a tre diverse temperature: 0°, 16°, 37°, per due ore circa, centrifugando poi se occorreva. Ciascuno dei tre sieri campioni che così ottenevo univo, puro, in goccia pendente a traccia di sedimento globulare dello stesso individuo, alle temperature di 0°, 16°, 37°; osservavo quindi al microscopio dopo 1/2 ora dalla preparazione del miscuglio mantenuto sempre a temperatura costante. Faccio notare a tal proposito di aver usato, sia in queste che nelle precedenti esperienze la tecnica più scrupolosa perchè, nel periodo di prelevamento, di sieramento, di centrifugazione del sangue e di preparazione ed osservazione dei preparati al microscopio la temperatura non avesse mai a variare.

I risultati osservati in diversi casi sono riportati nella tabella seguente:

Casi	Gruppo	**Sieri ottenuti dal coagulo dopo due ore di permanenza a**								
		0°			16°			37°		
		Reazioni dei sieri con i globuli dello stesso individuo alla temperatura di:								
		0°	16°	37°	0°	16°	37°	0°	16°	37°
1	I Oαβ	—	—	—	+	±	—	++	±	—
2	I. Oαβ	—	—	—	++	±	—	++	±	—
3	IV. ABo	±	—	—	+	—	—	++	±	—
4	IV. ABo	±	—	—	+	+	—	++	±	—
5	I. Oαβ	—	—	—	+	—	—	++	+	—
6	I. Oαβ	—	—	—	+	—	—	++	—	—
7	III. Bα	—	—	—	+	±	—	++	—	—
8	I. Oαβ	—	—	—	+	+	—	++	+	—
9	II. Aβ	—	—	—	±	—	—	++	+	—
10	II. Aβ	—	—	— 1)	+	±	—1)	++	+	—1)
11	I. Oαβ	—	—	—	±	—	—1)	++	++	—1)

1) praticata diluizione 1:2.

I risultati esposti in questa tabella sembra siano sufficienti a dimostrare una completa mancanza di panagglutinine nei sieri che sono stati preparati per due ore a bassa temperatura (0°). È vero che nei casi 3 e 4 i sieri preparati a 0° hanno dato a questa temperatura una debole autoagglutinazione, ma questo fatto non è di notevole importanza perchè si sa che la temperatura di 0° è tale da mettere nella massima evidenza le scarse agglutinine eventualmente non assorbite. Vi è d'importante però che anche in questi due casi i sieri preparati a 0° non hanno dimostrato a 16° e a 37° alcun potere agglutinante verso le proprie emazie. Evidentemente poco al disopra dello 0° scompariva ogni potere autoagglutinante in questi sieri.

È poi di particolare interesse il fatto che i sieri preparati a 16° hanno sempre dimostrato potere agglutinante a 0° e spesso anche a 16°, sebbene in modo più scarso a questa temperatura; e come sia evidente un potere fortemente agglutinante (superiore a quello dei sieri preparati a 16°) dei sieri ottenuti dopo due ore di permanenza a 37°. Tali sieri infatti, uniti a 0° con globuli rossi dello stesso individuo, dimostrano sempre forti reazioni positive, evidenti anche nei preparati fatti con gli stessi sieri a 16°.

A 37° non ho mai osservato segni di agglutinazione; talora impilamento dovuto esclusivamente, come ho potuto accertarmi con opportune diluizioni del siero (casi 10 e 11) ad eccessiva concentrazione di questo.

Dai risultati osservati si può quindi ritenere con tutta probabilità che durante il periodo di sieramento a 37° non si verifica alcun assorbimento di panagglutinine, che vengono quindi bene messe in evidenza nei preparati fatti a più basse temperature, 0° e 16°, di quella, 37°, a cui è stato ottenuto il siero.

I sieri invece preparati per due ore alla temperatura di 0° hanno perduto completamente le panagglutinine, che non possono quindi essere messe in evidenza nei preparati microscipici fatti a qualsiasi temperatura.

Ne deriva che i sieri preparati a 0° si possono ritenere praticamente affatto privi di proprietà panagglutinanti, mentre invece i sieri preparati a 16° e a 37° ne sono provvisti in tale misura da rivelarle nettamente anche nelle reazioni praticate a « temperatura ordinaria » (15° circa); per il che nelle reazioni di isoagglutinazione eseguite come di consueto senza badare alla temperatura possono determinare temibili errori.

CONCLUSIONI.

1) I sieri-campioni per la diagnosi individuale ottenuti dal coagulo sono in ogni caso da preferirsi ai plasmi ottenuti con l'aggiunta al sangue di anticoagulanti (citrato o fluoruro di sodio), poichè nel coagulo l'assorbimento delle panagglutinine è a parità di condizioni termiche molto più completo che nel sangue reso incoagulabile.

2) La temperatura di 0° protratta per 2 ore durante il periodo di sieramento è la più adatta, valendo essa ad eliminare praticamente le panagglutinine dai sieri-campioni.

3) Le panagglutinine che permangono invece ancora nei sieri preparati a 16° e a 37° si dimostrano in molti casi evidenti non solo alla temperatura di 0°, ma anche a 16°. Se quindi non si possano eseguire le reazioni di isoagglutinazione in rigorose condizioni termiche, ma soltanto come di consueto a « temperatura ordinaria » sarà necessario valersi di sieri-campioni preparati a 0°.

BIBLIOGRAFIA.

V. LATTES. *Die Individualität des Blutes etc.* J. Springer, 1925.

ID. *Die Methoden der individuellen Blutuntersuchung. in Abderhalden'schen Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Urban und Schwarzenberg (in corso di stampa).

AMZEL und HIRSZFELD. *Ueber die Kälte-agglutination derroten Blutkörperchen.* Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 43, 536, 1925.

DÖLTER. *Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Agglutination des Menschenblutes, etc.* Ibid., 43, 128, 1925.

GORONCY. *Ueber die Bedeutung der Temperatur für die Differenzierung der echten von der falschen Isoagglutination.* Deut. Z. f. die ges. ger. Mediz.

HIRSZFELD. *Die Konstitutionslehre im Lichte serologischer Forschung.* Klin. W. 1924, pag. 1180.

MINO. *La panemoagglutinina del sangue umano.* Policlinico, S. P. 31, 1355, 1924.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
II REPARTO DELL'OSPED. S. MARIA DELLA CONSOLAZIONE
Primario: prof. SATURNO MUZI

Sulla afasia motoria di Broca. A proposito di un interessante trauma del capo con complicazione di ascesso cerebrale

per il dott. GIUSEPPE SCOLLO, assistente chirurgo.

La scoperta di Broca della localizzazione cerebrale dell'afasia motoria in corrispondenza della pars opercularis del girus frontalis III di sinistra, fondamentale per tutta la dottrina delle localizzazioni funzionali nell'encefalo, fu considerata per lungo tempo canone indiscusso, sino a quando non le fu contestato ogni valore per opera sopratutto di P. Marie e della sua scuola.

Non entro nelle discussioni svoltesi in proposito: dirò solo che è ormai opinione generale quella che fa del lobulo di Broca effettivamente sede del centro del linguaggio; troppi casi clinici confortati dal reperto operatorio e anatomico avendone ormai dimostrato la fondatezza. Tipico, fra tali casi, quello capitato al mio Primario professore Muzi, or sono parecchi anni, di un paziente che a seguito di un trauma presentava afasia motoria, come unico sintoma di lesione cerebrale, e proceduto alla scopertura del lobulo di Broca vi si rinveniva un piccolo grumo di sangue comprimente, la cui asportazione determinava il pronto e definitivo ritorno della parola.

Però se è assodato che il lobulo di Broca è sede della funzione del linguaggio, tale funzione pare con ogni probabilità abbia un'area ben più estesa di quanto comunemente, dopo Broca, si era creduto: abbracciando essa oltre la pars opercularis e triangularis di F. 3, l'insula anterior e forse anche il quinto inferiore del girus praecentralis (Mingazzini, Monakow, ecc.).

E mentre infine generalmente si ammette che la regione verbo motoria è localizzata nell'emisfero sinistro, e solo nel destro per i mancini, altri invece opina (Mingazzini) che tale ragione sia costituita da una vasta zona biltaterale, dalla quale si dipartono radiazioni midollari che, a sinistra, per il centro ovale, vanno a concentrarsi all'estremità frontale del lenticularis sinistro, dopo di essersi congiunte con le radiazioni provenienti da destra, non appena queste, attraverso il piano anteriore della trave, formano a sinistra la corrispondente irradiazione trabeale; cosicchè gli impulsi verbali per lo stimolo degli apparati del linguaggio, provengono tanto dal centro sinistro di Broca che da quello corrispondente di destra.

Solo che il centro di Broca dello emisfero destro conserverebbe, secondo Mingazzini, la funzione del linguaggio in comune con il centro di sinistra nell'età infantile, e tale funzione in seguito, con lo sviluppo dell'individuo verrebbe a concentrarsi nel lobulo di sinistra.

Al centro di Broca dell'emisfero destro resterebbe la proprietà del linguaggio interiezionale e la possibilità di riprendere in condizioni di buona nutrizione e con l'esercizio, la funzione esercitata nei primi anni della vita in comune con il lobulo di sinistra.

Col fatto della partecipazione, comunque essa si svolga, della regione destra di Broca, alla organizzazione del linguaggio, si spiega, perchè, in alcuni casi, ad una lesione della regione verbo motoria di sinistra nei pazienti destrimani non consegua afasia motoria; o se questa insorge, nei giovani soggetti sopratutto si dissipa in breve tempo.

Si conoscono alcuni casi isolati (Bastian, Dickinson) in cui persone affette da mancinismo perdettero la favella in seguito a lesione dell'emisfero sinistro, anzichè del destro, accompagnata da emiplegia destra.

Eccezionalmente poi vi sono dei soggetti in cui prevale la mano destra e che nonostante la distruzione del centro di Broca di sinistra, conservano, come si è detto sopra, la facoltà del linguaggio, oppure presentano una afasia di brevissima durata (Schreiber, Mingazzini, Bramwell, Collin).

Ora può avvenire, come fa notare Bramwell, che, in via eccezionale anche in un mancino i centri della parola si sviluppino nell'emisfero sinistro, e invece si sviluppino nell'emisfero destro anche in persone in cui prevale il lato destro del corpo. Farge, Oppenheim, Preobraschensky, Senator hanno precisamente osservato afasia motoria, in destrimani per lesione dell'emisfero destro. Il caso che qui riporto, osservato all'Ospedale della Consolazione, appartiene a questa ultima eccezionale categoria.

F. G., di anni 48 da R. P. entra in reparto il 31 gennaio 1925. Nulla nella anamnesi remota. Il 31 gennaio 1925, è investito, in uno stradale di campagna, da un'automobile, e riporta una ferita alla testa. Privo di sensi viene trasportato ad uno ospedaletto di un paese vicino, il cui sanitario riconosciuta la gravità della lesione per la fuoriuscita di sostanza cerebrale invia il ferito all'ospedale della Consolazione. Mentre si procede allo esame della ferita, interrogato il paziente, che aveva già ripreso la coscienza, risponde con monosillabi, pur dimostrando di capire con vari cenni del capo e con gesti quello che gli si dice, ma denotando una evidente impossibilità ad esprimersi con frasi o con parole.

Allo esame generale presenta: paresi totale del facciale di sinistra e paresi dell'arto superiore di sinistra. La ferita, situata un pochino in avanti della bozza parietale di destra, è complicata da frattura avallata del cranio, è cosparsa di sostanza cerebrale e sanguina abbondantemente subito dopo rimossi i tamponi di garza. Date tali condizioni, si decide l'immediato intervento operatorio.

Oper. 1° febbraio 1925 (dott. Fioretti assistito dal dott. Scollo). — Anestesia locale novocainica. Scolpito e ribattuto sul parietale destro un lembo cutaneo arcuato che circoscrive la ferita, a base inferiore, si trova un avvallamento osseo, costituito da una scheggia, quasi del tutto libera, della grandezza di poco più di un soldo di vecchio conio. Asportato il pezzo d'osso del parietale infossato si scopre la dura ecchimotica e lacerata e si assiste alla spontanea fuoriuscita di grumi di sangue e di sostanza cerebrale. Esplorando e detergendo cautamente il focolaio di contusione cerebrale si constata la presenza di un grosso cavo profondo nella massa encefalica per vari centimetri, con direzione dall'alto e dall'esterno, in basso e all'interno. Legato un vaso arterioso della piameninge che dava abbondante emorragia, si applica uno zaffo di garza iodoformica che dalla breccia cranica si fa fuoriuscire all'esterno per il margine anteriore del lembo. Questo è ribattuto e suturato.

2 febbraio: Condizioni generali del paziente discrete. Temper. 37.7. P. 100. Persistono i fatti paretici a carico del facciale e dell'arto di sinistra ma molto meno accentuati. L'ammalato è orientato e risponde più correttamente alle domande rivoltegli.

3 febbraio: Paresi del facciale e dell'arto superiore notevolmente diminuite. Quasi del tutto regredita l'afasia motoria.

4 febbraio: Tutta la sindrome nervosa si può considerare come scomparsa.

9 febbraio: Viene ritirato del tutto il tampone che nei giorni precedenti si era cominciato a smuovere e si tolgono i punti di sutura del lembo. Ferita operatoria di buon aspetto. Condizioni generali buone.

13 febbraio: Presentando il paziente qualche decimo di temperatura, si apre per precauzione il tunnel di cute che si era formato al disopra del tampone ritirato, in maniera da mettere a piatto e dominare eventualmente il focolaio di frattura. Il paziente appare dimagrato, ma ora mangia con invidiabile appetito e non si lagna di nulla. Al 22° giorno dell'operazione, il paziente cambia umore: a volte è triste e preso da pianto, a volte ride forzatamente sicchè egli stesso se ne meraviglia e contraria. I compagni vicini lo sentono mormorare: ma che viene la pazzia?

23 febbraio: Alla visita del mattino, il paziente appare rattristato e presenta convulsioni cloniche continuate a carico dei muscoli innervati dal facciale sinistro. Gli si chiede come sta, e il paziente fa subito dei gesti vivaci e dei tentativi per esprimersi, ma non riesce ad articolare che qualche monosillabo ed accenna al braccio sinistro giacente paretico sul letto. Portato in camera di medicazione il primario prof. Muzi penetra con un ago cannula smusso attraverso la sostanza cerebrale affiorante la superficie dell'osso, nel cavo residuato al focolaio di contusione cerebrale, e con lavaggio debole di acqua sterile tiepida, procura la fuoriuscita di detritus bianco giallastro e di sostanza cerebrale disfatta; indi applica un drenaggetto di gomma a permanenza. Il paziente, seduta stante, comincia ad esprimersi dicendo di sentirsi meglio e di poter sollevare il braccio inerte, si fa meno agitato e cessano del tutto le convulsioni cloniche del facciale sinistro. Nella visita della serata, il paziente è ritornato al normale e dice di sentir solo un po' di debolezza all'arto superiore sinistro. Interrogato asserisce ripetutamente di essere stato sempre un destrimano.

24 febbraio: Si medica e si lava ma si ha fuoriuscita di scarso materiale. La sera, ricomparsa della paresi dell'arto superiore sinistro del facciale, e dei sintomi di afasia motoria. Rimedicato il mattino successivo si riesce a svuotare il cavo e a drenarlo più convenientemente: la sindrome nervosa scompare di nuovo rapidamente. Così per vari giorni, si assiste, come per un esperimento fisiopatologico, al ripetersi della sintomatologia nervosa su descritta, tutte le volte che la medicatura non riuscita, tappa il cavo, e allo scomparire di essa non appena un sufficiente drenaggio permette il deflusso del materiale ristagnante.

Il 1° marzo scoppia un attacco tonico clonico, a tipo Jachsoniano, iniziatosi a sinistra e poi generalizzatosi di breve durata; si accentuano i sintomi di afasia motoria e la paresi del facciale e del braccio di sinistra.

Con la medicatura si sospinge l'agocannula più profondamente nel cavo, si lava come di consueto e fuoriescono cenci di sostanza cerebrale disfatta. L'afasia diminuisce subito notevolmente, ma rimane modica debolezza dell'arto e ipocinesia del facciale.

3 marzo. Il paziente cambia di umore, si fa triste, accusa forte cefalea frontale a destra, ha delle alternative di sonnolenza e di agitazione, persiste leggera paresi dell'arto superiore e del facciale.

4 marzo. Il paziente è profondamente astenico e sonnolente. Capisce quel che gli si dice ma risponde con brevi parole, svogliatamente, e mani-

festa un senso di estrema debolezza generale. Si lagna di forte cefalea che dalla fronte, a destra, si irradia posteriormente lungo la linea sagittale superiore del capo. Dice che qualche volta gli duole anche l'occhio destro. Le palpebre sono a stento sollevate dallo infermo. Le pupille appaiono uguali, piuttosto miotiche: quella di sinistra reagisce meglio della destra. Procedendo alla solida medicatura si avverte che il tubo per il lavaggio trova una resistenza maggiore a penetrare di quella che da qualche giorno si era fatta notare; e si ha l'impressione che esso non riesca più a drenare tutto il cavo, come se questo si fosse sepimentato. Con il lavaggio d'altra parte, non fuoriesce nulla, e ogni volta che si sospinge il liquido, il paziente è preso da agitazioni di tutto il corpo. Il polzo è piuttosto raro (60); temperatura sui 38. Rivisto il paziente in serata, lo si trova ancora più profondamente assopito, la temperatura è salita, il polso sempre raro, pupille anisocoriche con midriasi a destra; deglutinazione impossibile. Infine cade in coma profondo, con modica contrattura degli arti, ipertermia (40.2), respiro russante con tendenza al tipo di Cheynes-Stokes e nella nottata si ha l'obitus. La diagnosi di morte era facile a porsi: ascesso cerebrale profondo.

Autopsia: il cadavere messo a disposizione dell'Autorità Giudiziaria fu sezionato dai periti giudiziali, dopo quattro giorni dal decesso. Constatata l'assoluta integrità degli organi, e assodato che la morte era dipesa dalla lesione cranica, ottenni gentilmente il cervello, che portai al professor Mingazzini Direttore dell'Istituto Neuropatologico di Roma, il quale, con tagli frontali, potè constatare che mentre l'emisfero sinistro era completamente normale, sull'emisfero destro esisteva una vasta raccolta ascessuale, circondata da sostanza cerebrale molle e giallastra che dalla zona sottostante alla pars opercularis del g. frontalis III si continuava indietro lungo il centro ovale sottostante alla parte media della zona rolandica come pure alla parte alta del lobo temporale.

Quali considerazioni ci suggerisce la storia interessante di questo nostro paziente?

Dal lato chirurgico essa ci ammonisce a trattare i traumi cranici con la massima oculatezza e a sorvegliarne il decorso con diffidenza, direi quasi, di quello che può sembrare uno stato soddisfacente di salute del paziente. Il caso descritto è, in proposito, ammonitore. Il nostro paziente ha manifestato i primi segni certi di localizzazione di un processo suppurativo grave al cervello dopo ventuno giorni dall'atto operatorio, che aveva rimediato alle gravi conseguenze del trauma, quando sembrava che il successo fosse assicurato, per il ripristino totale delle funzioni e lo stato generale soddisfacente. Gli è che, nei traumi cranici, occorre non solo procedere alle medicature con mano maestra e con la asepsi più rigorosa che può richiedere un intervento delicato, ma vigilare altresì quotidianamente e minuziosamente per scovrire i più piccoli segni premonitori della infezione. Si legge che ascessi cerebrali, specie se profondi, possono decorrere anche per anni nella assoluta mutezza di sintomi. Ora ciò è vero sino ad un certo punto, in quanto la mutezza di sintomi è più apparente che reale, potendo dei

a — ascesso cerebrale

FIG. 1. — Taglio frontale degli emisferi cerebrali.

piccoli segni di flogosi passare facilmente inosservati, o non venire convenientemente valutati.

Nel nostro caso per esempio, il paziente aveva ripreso vigore, mangiava con appetito, e non si lagnava affatto di nulla, purtuttavia per quanto non si conoscesse precedentemente il malato, un dimagramento specie a carico del viso si era reso evidente, e vi era stata poi qualche piccola elevazione termica serale di uno o più decimi, per cui si credette opportuno sezionare il tunnel di cute al disopra del drenaggio, onde mettere a cielo aperto la lesione cranica.

Infine, più che in ogni altra lesione violenta, nei traumi cranici, indiscutibile è la verità che il meccanismo della diaschisis nel senso di Monakow.

Ma l'afasia non solo scompare contemporaneamente e di pari passo con la paresi brachio-facciale sinistra in diretta dipendenza dell'intervento operatorio, ma ricompare, dopo 21 giorni, con la stessa paresi brachio-facciale, e tutta la sindrome subisce le alternative descritte in rapporto alla medicatura, come in un esperimento fisiologico. Si potrebbe obbiettare che l'afasia comparsa in secondo tempo dipendesse dall'edema circostante al cavo ascessuale, edema il quale avrebbe agito con compressione a distanza sulle radiazioni midollari dell'area verbo motoria di

ascesso cerebrale

FIG. 2. — Taglio frontale degli emisferi cerebrali.

la sorte del paziente è legata alla prima medicatura d'urgenza, specie quando il cervello, organo ad alta struttura differenziata e perciò forse di debolissima resistenza alle infezioni, viene a trovarsi contuso e in rapporto con l'ambiente esterno, per frattura delle ossa e lacerazioni della dura.

Dal lato neurologico il nostro caso ci sembra di massimo interesse, perchè dimostra che il centro di Broca può, in via eccezionale, concentrarsi nell'emisfero destro anche in destrimani.

Come, infatti, si potrebbe altrimenti spiegare l'insorgenza dell'afasia motoria nel nostro paziente, dato che la lesione era a destra e integro risultò all'autopsia l'emisfero sinistro?

Certo se l'afasia motoria si fosse presentata soltanto nei primi momenti del trauma, si sarebbe potuta spiegare con una lesione a distanza del centro sinistro di Broca, per contraccolpo, o con sinistra, o con compressione diretta su quella parte minore di fibre che, come ammette Liepmann, provenendo sempre da sinistra, passerebbero attraverso la trave, a destra, per scaricare gli impulsi del linguaggio a mezzo dei foci dei nervi facciale e ipoglosso di destra.

Ma, a parte che un tale meccanismo di compressione edematosa a distanza difficilmente può addursi a spiegazione della comparsa dell'afasia motoria in primo tempo, resta da vedere se l'edema riscontrato a quattro giorni di distanza dalla morte, fosse così esteso in vita da spiegare una simile compressione; e anche ciò ammettendo, resta da spiegare poi perchè coll'estendersi in profondità nel centro ovale dell'ascesso e con l'aumento conseguente dell'edema, non si è avuto negli ultimi giorni il persistere o l'aggravarsi dei sintomi di afasia motoria.

Comunque è strano pensare ad una azione di

compressione a distanza sul centro di Broca dell'opposto emisfero sinistro, o sulle sue radiazioni midollari, la quale si ripeta e regredisca sempre di pari passo con un'azione diretta che evidentemente doveva agire sui centri dell'arto superiore e del facciale di destra, azione che in ultimo determinò anche fatti di irritazione corticale.

Più logico è invece pensare che tanto per azione del trauma, quanto per azione dell'ascesso si sia avuta una compressione diretta sulle fibre provenienti dai centri dell'arto superiore, del facciale e della parola dell'emisfero destro, compressione che fu emendata col primo intervento, asportando i grumi e sollevando la scheggia ossea, e ritornò con lo svilupparsi dell'ascesso sul focolaio traumatico, per subire le alternative di scomparsa e di aumento in rapporto alla bontà o meno del funzionamento del drenaggio. E la sede anatomo-patologica della lesione (si ricordi che la ferita era sulla bozza parietale e il cavo si dirigeva verso il basso e l'avanti al disotto della parte media della zona rolandica fin verso alla pars opercularis del girus frontalis III) spiega altresì perchè la compressione abbia maggiormente agito sul centro dell'arto superiore che in ultimo rimase definitivamente paretico e meno sul facciale e meno ancora sul centro della parola, la cui funzione si ripristinava più prontamente, non appena col funzionamento del drenaggio si procurava la fuoriuscita del detritus ristagnante nel cavo.

Quindi, per la costante ripetizione della sindrome nervosa, per la sede anatomica della lesione a destra, con l'integrità assoluta dell'emisfero sinistro, in considerazione, che i centri lesi, nel nostro caso, sono quelli scaglionati nella corteccia dall'alto in basso in tutta vicinanza fra loro, è da ammettersi che, nel nostro paziente, pure essendo egli un destrimano, il centro di Broca fosse situato nell'emisfero destro, o per lo meno che delle vie esistessero in tale emisfero per le quali prevalentemente si scaricavano gli impulsi del linguaggio.

BIBLIOGRAFIA.

MINGAZZINI G. *Anatomia clinica dei centri nervosi*, 1913.
ID. *Le afasie*, 1923.
LIEPMANN. Neurol. Centralblatt, 1903.
MONAKOW. *Die Localisation im Grosshirm*, 1914.
HENSCHEN. *Ueber die motor Aphasie*, 1923.
BESTA. *Un caso di Afasia motrice*. Morgagni, 1906.
WELLS P. EAGLOTON. *Les abcès de l'encéphale*, 1924.
P. MARIE. *Révision de la quistion de l'aphasie*. Sem. méd., 1906, n. 2.
OPPENHEIM. *Trattato delle malattie nervose*.

RIVISTE SINTETICHE.

Il sistema reticolo-endoteliale.

Dott. GAETANO NOTARANGELI.

Dopo il primo tentativo di Heidenhaim, che nel 1878 cercò di mettere in evidenza la struttura cellulare mediante la colorazione vitale con l'indaco carminio, molti autori, e quasi tutti tedeschi, con diverso indirizzo e con varia fortuna, si sono occupati di questo nuovo metodo di studio.

Mentre Ehrlich se ne occupa con interesse più che altro chimico, richiamando l'attenzione sui caratteri dei colori vitali, sulla loro distribuzione nei tessuti e negli organi e la loro reazione con la molecola del protoplasma vivente e Ribbert, studiando la colorabilità delle cellule alterate da svariati agenti patogeni (alterazione negli epiteli renali da stafilococco piogeno, da occlusione delle arterie renali, ecc.), ne fa un mezzo di indagine per la patologia sperimentale, Goldmann, dando alla colorazione vitale un significato prettamente biologico, ne fa lo strumento di tutto un rivolgimento contemporaneo, non scevro forse di esagerazione, che tormenta la biologia.

Già Ribbert aveva osservato che vari elementi del connettivo posseggono una affinità elettiva per il carminio, ma nessuna importanza aveva a questi attribuita. Non così Goldmann, il quale, sperimentando col pirrol bleu, scorge che gli elementi colorabili intra vitam con tale colore e perciò da lui denominati pirrofili, partecipano più attivamente a vari fenomeni biologici normali e morbosi e pensa ad un loro più intimo rapporto con il metabolismo interno dei tessuti e degli organi.

Gli elementi pirrofili di Goldmann, identificabili in gran parte con i carminofili di Ribbert, sono gli endoteli e le cellule reticolari della milza, dei noduli linfatici, del midolo osseo, le cellule stellate di Kupfer del fegato, i macrofagi del connettivo, i clasmatociti di Ranvier, le cellule aventiziali di Marchand, i poliblasti di Massimow, alcuni elementi interstiziali del testicolo, della sostanza corticale del timo, della capsula surrenale, della tiroide. Nel sistema nervoso centrale, gli elementi pirrofili formano un finissimo reticolo nella nevroglia: costituiscono il terzo elemento di Del Rio-Hortega o mesoglia.

Però se Goldmann eleva ad una certa dignità di funzione gli elementi colorabili vitalmente, non riporta di questi una impressione unitaria, poichè li considera senza alcun legame che li riunisca in un tutto sinergico. È merito di Aschoff averli considerati intimamente connessi fra loro, pur dislogati nei vari tessuti ed organi, deputati

a coordinare le varie funzioni, membri di un sistema allo stato diffuso.

Così gli elementi colorabili intra vitam con vari colori — carminio, pirrol bleu — ed impregnantisi di sostanze varie — colesterina, collargolo, saccarato di ferro — tutti di origine mesenchimale, già costituenti il plebeiostroma di Bard, si riuniscono in sistema sotto la nuovissima insegna di « retikulo-endotheliale System ».

* * *

Lo stroma, considerato dai morfologi classici ben povera cosa, assurge all'insperata dignita di sistema di correlazione, sì da essere messo alla pari con gli altri sistemi di correlazione: allo psichico, al nervoso, all'ormonico, al chimico. E se l'importanza del nuovo sistema dovrà essere proporzionale alla sua diffusione e se tutte le funzioni attribuitegli veramente gli spettano, questa non sarà scarsa di certo.

L'attività fisiologica e fisiopatologica del sistema reticolo-endoteliale si esplica nei campi meno noti e più dibattuti della biologia, quale l'emopoiesi, la biligenesi, il ricambio intermedio, la secrezione interna, l'immunità.

Rapporti importanti gli sono stati attribuiti con la funzione emopoietica ed emocataretica.

La sua attività formativa, che è spiccatissima nella vita embrionale, si va in seguito riducendo alla sola produzione di monociti, cellule plasmatiche e mastzellen (Rubner). La funzione emocataretica della milza — eritrolisi e leucolisi — competerebbe, secondo alcuni, al tessuto reticolo endoteliale di questo organo. Ricerche morfologiche di Strasser e sperimentali di Smidt sul ricambio del ferro, fornirebbero argomenti sufficienti per ammettere la partecipazione del sistema reticolo-endoteliale alla genesi dei pigmenti ematici contenenti ferro. E poichè nell'embrione tale sistema è indubbiamente interessato nella elaborazione del bilinogeno, Aschoff e la sua scuola partono da questa considerazione per ricercare se in condizioni normali ed ancor più patologiche partecipi alla formazione dei pigmenti biliari.

Sembra che il nuovo sistema non sia estraneo alle funzioni di nutrizione ed abbia una speciale attività nel ricambio intermedio e sulla secrezione interna. Le ricerche di Kusinoki sui lipoidi nella milza normale e di Kawamena nel diabete, gli studi di Anitschkon e Chalaton sull'ipercolesterinemia sperimentale giustificano l'importanza da questo assunta nel ricambio dei lipoidi e specialmente in quello colesterinico.

Aschoff ha richiamato l'attenzione sulla proprietà caratteristica del sistema reticolo-endoteliale di reagire ai microrganismi patogeni ed alle loro tossine.

L'alterazione tipica della tubercolosi, il tubercolo a cellule epitelioidi, alla cui costituzione concorrono gli istiociti locali e gli istiociti migranti, si forma quasi esclusivamente negli organi riccamente dotati di elementi reticolo-endoteliali: così nelle sierose, nelle glandole linfatiche, nel fegato. Lo stesso avviene per il granuloma della lepra. Il tifo è anch'esso caratterizzato dalla reazione quasi specifica del sistema reticolo-endoteliale: i noduli tipici, costituiti in prevalenza da istiociti migranti, sono la nota istopatologica principale dell'apparato linfatico intestinale. Il nuovo sistema sembra la fucina più importante di anticorpi. Bloccando gli elementi istiocitari con saccarato di ferro (De Nunno) o togliendo organi ricchi di elementi reticolo-endoteliali — milza, epiploon — in animali da esperimento, è stato osservato l'abbassarsi rapido sino alla scomparsa della produzione degli anticorpi. Le ricerche di Bicling e Isaak fanno pensare che questo sistema sia sorgente di emolisine: Hahn, Skramlik, Hunermann hanno ragioni per ammettere che le cellule stellate di Kupfer si comportino come attivatrici di agglutinine.

Lubarsch, riconoscendo nel sistema reticolo-endoteliale l'elemento più importante, per evoluzione morfologica e per differenziazione funzionale, del tessuto linfoadenoideo, crede di trovare nella sua maggiore diffusione la nota morfologica più rilevante dello stato linfatico, tentando così una rappresentazione più moderna e più esatta della costituzione linfatica, ritenuta come il terreno più fertile di tante infezioni e nel tempo stesso il più torpido, che pur essendo facilmente predisposto all'infezione stessa, possiede nel contempo i meccanismi migliori per renderla attenuata.

E chi sa se in questo sistema non si andrà a ricercare il sostrato morfologico di ogni costituzione in quanto esso nel suo sviluppo e nelle sue attitudini funzionali possa avere di caratteristico per ogni singolo individuo, come trasmettitore di caratteri ereditari normali e patologici e come indice della capacità reattiva agli agenti patogeni.

* * *

L'argomento appassiona vivamente gli studiosi, scindendoli, come suole accadere per ogni nuova questione che si agita, in proseliti entusiasti e in critici tanto più fieri, per quanto più appare compromessa la tradizione di quelle classiche conoscenze di cui ogni pensatore per un senso innato ed umano di conservazione è geloso custode. E tanto più appassiona in quanto le funzioni fondamentali della vita dei tessuti ed i meccanismi primi e più elementari dove si imposta il determinismo dei più importanti processi patologici sembra che debbansi ricercare in gran parte in quegli elementi considerati sino ad oggi come costi-

tuenti dei tessuti di sostegno e perciò quasi destituiti di importanti caratteristiche nelle funzioni dell'economia.

La denominazione stessa del nuovo sistema è controversa: le cellule reticolari ed endoteliali non ne sono che piccola parte, perchè allora appellarlo « reticolo-endoteliale? ».

Kyono e lo stesso Aschoff propongono la denominazione più comprensiva di « sistema istiocitario »; alcuni, tenendo conto della sua origine mesenchimale, vorrebbero chiamarlo semplicemente « mesenchima », altri, forse più esattamente, « sistema delle cellule pirrofile ».

I fautori più convinti già l'invocano come il « deus ex machina » nei più oscuri e tormentati capitoli della patologia.

La leucemia è una ripresa di attività formativa embrionale degli istiociti, come le splenomegalie emolitiche sono una ripresa di attività embrionale del metabolismo dell'emoglobina. La patogenesi dell'anemia perniciosa si dovrebbe far risalire alla iperfunzione del sistema reticolo-endoteliale, determinata da deficit funzionale della corteccia (Stephan). Le cellule tipiche, nota istopatologica caratteristica del morbo di Gaucher, non sono, secondo Pich, che istiociti liberi e fissi in reazione difensiva, inglobanti la sostanza gaucheriana. Epstein, che pure considera il morbo di Gaucher come un'affezione sistematica del sistema istiocitario, propone senz'altro di denominare questa ed affezioni analoghe con il nome di « istiocitomatosi ».

Studiosi meno entusiasti cercano di ridurre in limiti più ristretti, e forse più veri, l'importanza del sistema reticolo-endoteliale. Per questi l'attività di tale sistema, spiccata nel periodo embrionale, va man mano limitandosi a misura che l'organismo si evolve.

Circa le svariate ed importantissime funzioni attribuitegli, giustamente osserva un maestro nostro, il Pianese, che parecchie di tali funzioni già appartenevano alle antiche cellule mesenchimali prima che andassero a costituire il nuovo sistema: così la fagocitosi con i macrofagi, l'emocateresi con le cellule ematoglobulifere, l'emopoiesi con i linfomi leucemici da riviviscenza del tessuto linfoadenoideo, il tessuto di granulazione con i granulomi. Se queste vecchie funzioni indiscutibilmente appartengono al sistema reticolo-endoteliale, nessuno fino ad oggi ha esaurientemente dimostrato che gli appartengono come proprietà incontestabile le nuove funzioni attribuitegli; così la elaborazione di emolisine, di agglutinine, di precipitine, di batteriolisine, la biligenesi, il ricambio intermedio.

Altri, più scettici, cercano di scalzare l'edificio dalle fondamenta e muovono una grave obbiezione al metodo stesso della colorazione vitale.

È la colorazione vitale veramente la espressione di peculiare attività biologica di quegli elementi che in modo elettivo assumono il colore, oppure è l'espressione di un fenomeno fisico-chimico di adsorbimento? Tale obiezione, non ancora debellata dagli studiosi tedeschi, che quasi esclusivamente si occupano dell'argomento, non sembra aver tutto quel valore deleterio che gli si vorrebbe attribuire, poichè ammesso che critichi giustamente il metodo, non riesce a togliergli ogni valore. Infatti anche ammessa la natura fisicochimica del fenomeno, resta poi sempre il fatto che questa proprietà di adsorbire il colore è solo di alcuni elementi che hanno comuni caratteri istiogenetici e genesi embriologica. E questo fatto non ha scarsa importanza a sostegno del metodo.

*
* *

In verità ogni affermazione pro o contro è prematura.

Certo che dinanzi alla concezione di questo nuovo sistema, che attacca principi radicati da anni nel nostro patrimonio scientifico, la nostra mente rimane non poco esitante: siamo veramente dinanzi ad un momento storico per la biologia, che minaccia di sovvertire parecchie delle nostre conoscenze classiche o siamo dinanzi ad un tentativo inane destinato ad abortire?

Roccasecca (Caserta).

BIBLIOGRAFIA.

RIBERT. *Die Abscheidung intravenös inizierten gelösten Karmins in den Geweben.* Ztsch. f. allgem. Phys, 1904.

GOLDMANN. *Die äussere und innere Sekretion des gesunden Organismus im Lichte der vitalen Färbung.* H. Laupp, 1909, Tubingen.

ID. *Der Verdauunngsvorgang im Lichte der vitalen Färbung.* Verhand d. Kong. f. inn. Med., 1913.

ASCHOFF. *Ueber die Lipoidinfiltrationen in den Kupferschen Sternzellen und in dem Reticulumzellen der Milz, und deren Beziehungen zu den Xanthelasmen.* Ber. d. Naturf. Gesell., Freiburg, Bd. 20, 914.

ID. *Das retikulo-endotheliale System und seine Beziehungen zur Gallenfarbstoffbildung.* Münch. med. Woch., 1922, n. 37.

EPPINGER und STOHR. *Zur Pathologie des reticulo-endothelialen Systems.* Klin. Woch., 1922.

GOLDSCHMIDT und ISAAK. *Endothelhyperplasie als Sistemerskrankung des hämatopoetischen Apparates.* D. Arch. f. Klin. Med., 1922.

BICLING und ISAAK. *Experimentelle Untersuchungen über intravitale Hämolyse. Die Bedeutung des retikuloendothels.* Ztsch. f. all. Med., 1922.

PIANESE. *Luci ed ombre sulle funzioni del sistema reticolo-endoteliale.* La Riforma Medica, aprile 1925.

RUBNER. Deuts. Med. Wochens, 1925.

STEPHAN. Münch Med. Wochens, aprile 1925.

PICK. Med. Klinik, 1924, n. 49-50.

EPSTEIN. Wien, Klin. Woch., n. 48, 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sopra un caso di sarcoma del mediastino.

Osservazioni semeiologiche e cliniche.

Dott. SILVIO PERA, medico condotto.

Fra le affezioni organiche del mediastino quella che offre maggiore interesse dal lato semeiologico e clinico sono i tumori mediastinici, che si riscontrano anche con una notevole rarità.

Essi possono svilupparsi nel mediastino anteriore e nel mediastino posteriore, ed il loro punto di partenza può essere nelle glandole linfatiche; nel connettivo, nel timo o nei suoi residui, in organi vicini, od anche da metastasi.

I tumori mediastinici relativamente più frequenti sono i sarcomi, un po' meno i carcinomi.

Caratteristica dei sintomi semeiologici e clinici di essi è quella di essere molto vaghi in principio, rendendosi evidenti solo col progressivo aumento del tumore.

Ritengo infatti opportuno riferire il seguente caso, assai dimostrativo, occorsomi nella mia pratica in questa condotta rurale.

B. G., di anni 45, agente agrario, coniugato, nato e domiciliato a Lari. Il padre è morto all'età di anni 72 per vizio cardiaco; la madre è vivente ed è affetta da enfisema polmonare. Ha una sorella vivente e sana.

Non vi furono malattie predominanti in famiglia.

Non ha mai avuto malattie veneree nè sifilitiche, nè altre degne di nota.

Non si è mai dedicato ad occupazioni dannose alla salute.

Non è stato fumatore; ha fatto uso assai moderato di vino e liquori; ha commesso di frequente errori dietetici; è stato lavoratore eccessivo.

Le condizioni generali, prima della malattia attuale, erano buone.

Questa s'iniziò circa 3 mesi fa con senso di prostrazione generale e di malessere, cefalea, vertigini, nausea, anoressia, leggiera dispnea provocata da affaticamento o da sforzi (come nel salire le scale o sollevare un peso).

All'esame obiettivo dei vari organi ed apparecchi non si rilevarono fatti notevoli che potessero spiegare i disturbi subiettivi accusati dall'infermo. L'esame dell'orina diede resultato negativo.

Egli continuò nelle sue ordinarie occupazioni; ma a poco a poco le sue condizioni andarono aggravandosi, ed ai disturbi sopra accennati si aggiunsero gradatamente gravi sintomi toracici.

Infatti cominciò ad avvertire dolori retrosternali vivi e persistenti accompagnati da senso di oppressione e di peso; tosse che si manifestava per lo più ad accessi e senza escreato; dispnea continua ed intensa fino all'ortopnea in certi momenti; accessi di soffocazione tali da simulare l'angina pectoris; senso di costrizione laringo-faringea e disfagia. Non vi è stata mai febbre.

All'*esame generale* del malato si nota: uomo di robusta costituzione fisica, con sistema osseo regolare, masse muscolari flaccide, pannicolo adiposo diminuito e scarso; colorito della pelle pallido con macchie di vitiligo sulla faccia dorsale delle mani e nelle regioni sottoclavicolari. Nelle regioni cervicali, sopra e sottoclavicolari e in quelle ascellari si notano ingorghi glandolari; non si notano nelle regioni epitrocleari e inguinali.

Temperatura 36°. Pulsazioni 130. Respirazioni 40. Leggiera cianosi della faccia e della parte superiore del torace. Sensorio integro. Ineguaglianza delle pupille. Il polso alla radiale è frequente, piccolo, molle, irregolare.

Esame obiettivo dell'apparecchio respiratorio. — All'*ispezione* si nota che l'emitorace sinistro è asimmetrico in confronto del corrispondente di destra ed appare come uniformemente dilatato; le escursioni respiratorie sono notevolmente diminuite, quasi abolite. Alla *palpazione* anzitutto si controlla l'abolizione quasi completa delle escursioni respiratorie, già riscontrata alla ispezione, nell'emitorace sinistro. Proseguendo nella palpazione accurata non si riscontra nessun punto di dolorabilità, sia anteriormente che posteriormente. Il fremito vocale tattile si trasmette normalmente su tutto l'emitorace destro; sull'emitorace sinistro posteriormente alla base è diminuito, mentre sul resto dell'ambito polmonare fino alla spina della scapola appare rinforzato; come pure appare rinforzato anteriormente, tranne che nella regione sottoclavicolare. Colla *percussione* si nota suono chiaro polmonare su tutto l'emitorace destro; sull'emitorace sinistro si riscontra posteriormente ottusità completa fissa su quasi tutto l'ambito polmonare fino alla spina scapolare; anteriormente si ha ottusità completa fissa, tranne che nella regione sottoclavicolare, nella quale si nota marcata ipofonesi. È da notare che l'ottusità posteriore è più marcata dell'anteriore. In corrispondenza dello spazio semilunare di Traube si ha ottusità incompleta e mobile col cambiamento di posizione dell'ammalato. All'*ascoltazione* si rileva che il mormorio vescicolare è normale su tutto l'ambito polmonare destro, sia anteriormente che posteriormente. Sull'emitorace sinistro posteriormente si ascolta soffio bronchiale dolce e velato alla base, soffio bronchiale netto e distinto sul resto dell'ambito polmonare fino alla spina della scapola. Anteriormente si ha soffio bronchiale sulla linea parasternale fino alla linea ascellare anteriore. La trasmissione della voce è chiaramente rafforzata (broncofonia).

Esame obiettivo dell'apparecchio circolatorio. — All'*ispezione* si nota sporgenza della regione precordiale, la quale però si confonde colla dilatazione uniforme della parete toracica. L'urto della punta è appena visibile nel 6° spazio intercostale, un centimetro all'interno della linea ascellare anteriore. Colla *palpazione* si rileva che la sede dell'urto della punta è quella notata all'ispezione; si rileva inoltre che esso è assai debole e poco ampio. Non si palpano impulsi nè rumori anormali. Colla *percussione* non è possibile stabilire i limiti dell'ottusità cardiaca, che si confonde con quella dell'emitorace sinistro; soltanto colla percussione debole e accurata si riesce a mala pena a differenziare una zona di ottusità senza limiti netti, fra il 5° e il 7° spazio intercostale e fra la mammillare e l'ascellare anteriore. All'*ascolta-*

zione si riesce a percepire i toni cardiaci assai indeboliti e lontani, fra la mammillare e l'ascellare anteriore, approssimativamente fra il 5° e il 7° spazio intercostale. Non si ascoltano soffi.

Esame obiettivo dell'apparecchio digerente. — Lingua ricoperta da pàtina, alito fetido. Il bolo alimentare non scende liberamente, ma si ha disfagia. Senso di pienezza, di pressione e di tensione alla regione gastrica; qualche conato di vomito indipendentemente dalla ingestione di alimenti. La regione gastrica appare alquanto sporgente, non dolente alla pressione. Nulla di notevole alla percussione.

Da parte dell'addome si ha un certo grado di meteorismo. Alvo piuttosto stittico.

Fegato e milza nei limiti normali.

Esame dell'orina negativo.

Quantunque non vi sia stata mai febbre, appare evidente l'esistenza di un versamento pleurico per due fatti semeiologici di notevole importanza, e cioè la diminuzione del fremito vocale tattile alla base dell'emitorace e la riduzione dello spazio semilunare del Traube con ottusità mobile nei cambiamenti di posizione dell'ammalato. Eseguita una puntura esplorativa nell'8° spazio intercostale sulla emiscapolare, viene estratto del liquido fortemente emorragico; perciò, data anche la dispnea intensa e il colorito leggermente cianotico della faccia, si procede subito alla toracentesi lenta per causa dello stato generale dell'infermo. Dopo avere estratto circa 500 grammi di liquido sempre fortemente emorragico, è necessario sospendere la toracentesi, essendo sopravvenuto il collasso con minaccia di paralisi cardiaca.

Il liquido estratto lasciato a riposo si divide in due strati: uno inferiore rosso-scuro, certamente in prevalenza corpuscolare; l'altro superiore più limpido e meno rosso.

Nonostante l'estrazione del liquido, le condizioni del malato si mantengono pressochè invariate, come pure i fatti semeiologici dell'emitorace sinistro, tranne alcune modificazioni. Infatti il fremito vocale tattile, che prima della toracentesi era diminuito alla base, ora invece si riscontra rinforzato anche in questa zona. L'ottusità fissa anteriore e posteriore è quasi invariata; soltanto posteriormente ora giunge alquanto al disotto della spina scapolare. Il soffio bronchiale che prima era dolce e velato alla base, ivi ora è netto e distinto.

Evidentemente non si tratta di una semplice pleurite, nè la presenza di liquido nel cavo pleurico sinistro spiega il reperto semeiologico e clinico.

Perciò il concetto diagnostico si delinea assai complesso e difficile, per cui il malato viene inviato alla Sezione Chirurgica dell'Ospedale di Livorno per le indagini cliniche richieste dal caso e necessarie per giungere alla diagnosi.

Entra nella Sezione in piena e grave difficoltà respiratoria, e viene sottoposto subito alla radioscopia toracica, che mostra un'ombra molto oscura, a limiti netti, un po' lobulati, di figura cilindrica, occupante tutto il mediastino, inglobante anche l'ombra del cuore, che non si vede altro che malamente pulsare, ma di cui non si vedono i limiti verso sinistra. La base del torace di sinistra pure presenta un'ombra che si confonde in alto e medialmente coll'ombra detta sopra e che appare come una raccolta di essudato, di cui si può osservare nello schermo i movimenti di succussione. L'ombra mediastinica è molto oscura, tanto che copre tutto ciò che è al di dietro; in alto arriva fino alla parte alta dello sterno, ed in basso si confonde coll'ombra del cuore e del fegato, nonchè con quella data dall'essudato pleurico.

Si sottopone subito il paziente ad una prima applicazione di Roentgenterapia intensa, profonda, di durata assai lunga, la quale dà come resultato immediato un notevole miglioramento della respirazione e del polso.

Frattanto si eseguisce la *reazione di Bothelo*, la quale riesce negativa col 1° metodo, positiva col 2° metodo.

La *sierodiagnosi di Wassermann* dà reazione *negativa*.

L'esame dell'orina non dà resultati speciali.

Si ripetono altre applicazioni Roentgenterapiche, sia anteriori che posteriori; e le radioscopie e radiografie seguenti mostrano una rapida e progressiva diminuzione dell'ombra, che dopo tre applicazioni si riduce alla metà. In seguito a tale diminuzione si comincia a distinguere il cuore, lo sterno, le vertebre, mentre rimane invariata l'ombra basilare, la quale anzi va aumentando.

Allora si procede ad una seconda toracentesi e si estraggono 250 cmc. di liquido color cioccolato, che esaminato mostra i caratteri di essudato (50 ‰ di albumina, prova di Rivalta positiva). L'*esame citologico* dà per resultato un liquido essenzialmente ematico, con notevole quantità di elementi a tipo linfocitico, assenza di cellule neoplastiche a caratteri istologici netti, e soltanto qualche cellula polimorfa degenerata. A questo proposito occorre ricordare le difficoltà che si incontrano nel distinguere una cellula neoplastica da una cellula endoteliale.

Dopo questa seconda toracentesi si verifica un notevole miglioramento sia nello stato generale, sia nei sintomi clinici; e ciò in rapporto ad accentuate modificazioni dei fatti semeiologici riscontrati all'esame obiettivo; tantochè l'infermo viene dimesso dall'Ospedale dopo un mese di degenza, dopo essere stato sottoposto ad una radiografia, che mostra la massa mediastinica ridotta circa a 1/4 con sei applicazioni Roentgenterapiche.

Però contemporaneamente alla riduzione della massa mediastinica va sviluppandosi con notevole rapidità una massa glandolare nella regione sopraclavicolare sinistra, nodosa e aderente alla pelle.

In tali condizioni l'infermo torna a casa, e dopo essersi mantenuto in uno stato stazionario per una ventina di giorni, presenta un nuovo aggravamento, sia dal lato generale che da parte della respirazione e del polso; per cui dopo circa un mese rientra nell'Ospedale.

Sottoposto subito alla radioscopia e radiografia, si nota che la massa mediastinica è un poco aumentata, specialmente nella parte superiore, ove si continua con una massa che va nella fossa sopraclavicolare sinistra; essudato pleurico aumentato. Eseguita una terza toracentesi si estrae circa un litro di liquido costituito per la massima parte da sangue.

Nonostante altre 4 applicazioni Roentgenterapiche, il resultato che se ne ottiene questa volta è

negativo. Infatti l'ombra mediastinica non solo non diminuisce, ma aumenta nella parte superiore; mentre le condizioni dell'infermo vanno progressivamente aggravandosi dal lato generale, da parte della respirazione e del polso, che diviene piccolo, filiforme, frequente e aritmico.

In tali condizioni esce dall'Ospedale dopo 15 giorni di degenza.

Sottoposto ad una cura sintomatica, non si verifica alcun miglioramento; anzi si aggiungono disturbi gastrici assai accentuati con vomito e senso di pesantezza in corrispondenza dell'ipocondrio destro. Infatti all'esame obiettivo si nota che il fegato aumenta di volume e presenta alla sua superficie dei noduli di varia dimensione, alcuni circoscritti, altri senza limiti netti. Non si ha dolorabilità epatica. Nello spazio di 20 giorni circa tanto il volume del fegato che i noduli alla sua superficie aumentano assai rapidamente, in modo che all'ispezione la regione epatica appare sporgente con inarcamento del bordo costale e distensione delle false costole.

Il ventre pure aumenta di volume colle pareti alquanto tese per la formazione di una ascite libera.

Compaiono edemi agli arti inferiori, oliguria, il sensorio si fa ottuso, ed in stato di coma e di marasma cachettico l'infermo muore dopo circa 6 mesi dall'inizio della malattia.

Dalla storia clinica risulta evidente che il caso riferito non è privo di speciale interesse, sia dal lato semeiologico e clinico, sia per le difficoltà diagnostiche cui poteva dar luogo specialmente in un primo tempo, e cioè prima della indagine radioscopica e delle manifestazioni metastatiche.

Si trattava di un individuo di anni 45, in cui non esistevano tracce di infezione sifilitica, senza lesioni cardiache e renali, e nella cui anamnesi non si erano riscontrate malattie tubercolari.

All'esame obiettivo dell'infermo si rilevarono i segni di un versamento nella pleura sinistra, fra i quali l'ottusità incompleta e mobile nello spazio semilunare di Traube, versamento che colla puntura esplorativa risultò emorragico. Con questo reperto a prima vista il concetto diagnostico poteva essere quello di una semplice pleurite specifica.

Contro tale concetto però, oltre l'assenza della febbre, concordavano chiaramente i fatti semeiologici dell'emitorace sinistro ed i sintomi mediastinici e toracici assai evidenti, che si potevano raggruppare come manifestazioni da compressione non determinata certamente da un semplice versamento pleurico. Infatti dopo la prima toracentesi, colla quale si estrassero 500 cmc. di liquido, i fatti semeiologici dell'emitorace sinistro (ottusità, soffio bronchiale, broncofonia, spostamento del cuore verso sinistra), tranne qualche lieve modificazione, rimasero pressochè invariati.

Procedendo inoltre ad un esame particolareggiato dei sintomi clinici, si potevano fare i seguenti rilievi.

I dolori retrosternali avevano i caratteri di dolori puntori, vivi, lancinanti, persistenti e d'intensità progressivamente crescente, da non confondersi cogli accessi dolorosi dell'angina pectoris, o coi dolori vaghi e intermittenti dell'aneurisma aortico, che cessano o diminuiscono col riposo, la dieta e la somministrazione di rimedi.

La tosse che si manifestava ad accessi e senza escreato, nell'assenza di lesioni dell'apparecchio respiratorio che ne spiegassero l'origine, stava a dimostrare una compressione nervosa.

Così pure la dispnea era da attribuirsi in massima parte alla compressione del polmone e del cuore, poichè non esistevano lesioni respiratorie o cardiache che fossero causa di dispnea continua anche dopo l'estrazione del liquido pleurico mediante la toracentesi.

Nello stesso modo si manifestavano gli accessi di soffocazione e la cianosi, dovuti gli uni a compressione nervosa o diretta sulla trachea o su un bronco principale, l'altra a compressione vascolare.

La disfagia inoltre non era altro che l'effetto di una compressione dell'esofago, mancando altri dati che facessero sospettare una lesione organica di esso.

L'ineguaglianza delle pupille infine era un altro sintomo non privo d'importanza, per il fatto che nel caso nostro essa non poteva essere dovuta altro che ad una compressione od irritazione del simpatico a livello del mediastino.

Stabilito così che i principali sintomi clinici rappresentavano prevalentemente manifestazioni da compressione, era evidente che, richiamando alla mente le nozioni di anatomia topografica, l'azione di tale compressione predominava nel mediastino, dando luogo ad una vera sindrome mediastinica.

Quale la causa di tale compressione nella regione mediastinica?

Non poteva essere un tumore dello sterno per il fatto che un neoplasma di quest'osso determina una sporgenza che si sviluppa nello stesso tempo dal lato esterno e da quello del mediastino.

Non poteva essere un ascesso freddo, che generalmente dipende da una lesione dello scheletro, che si manifesta all'esterno con una deformazione.

Non potevano essere adenopatie tracheo-bronchiali di natura tubercolare per il fatto che la tubercolosi polmonare precede la comparsa di tali manifestazioni; e di lesioni tubercolari non vi era mai stata traccia nel nostro caso.

Non poteva essere un aneurisma aortico, prima di tutto per l'assenza completa di precedenti luetici e di sintomi arteriosclerotici; ed inoltre per la mancanza di pulsazioni anormali in corrispon

dano da neoplasmi, nè da forme infiammatorie, nè dà spostamenti dell'utero, sono solitamente in relazione di dipendenza con anomalie della funzione ovarica. Anche in questo campo il Soli ottenne ottimi resultati coll'« Ovarial »: Le mestruazioni si regolarizzano per quantità, aumentando se scarse, riducendosi se troppo abbondanti, e per periodicità. Se sono accompagnate da dolori, questi vanno man mano attenuandosi e scomparendo.

Quando le mestruazioni abbiano carattere menorragico, è molto opportuno e vantaggioso associare alla cura dell'Ovarial, quella di un buon estratto liquido di tiroide, il « Tiroidal ».

C) *Dismenorrea.*

Benchè le cause dei dolori mestruali sieno molteplici, in casi non rari vi partecipa a determinarli l'alterata funzione dell'ovaia. Questo elemento, secondo l'esperienza del Soli, è da tenersi in considerazione specialmente per i dolori del periodo premestruale, dovuti probabilmente a congestione dell'utero, alla quale tarda a seguire la rottura dei vasi e l'emorragia. Del resto pochi sono i casi in cui l'opoterapia ovarica non rappresenti un utile ausiliario del trattamento: ed infatti anche quì dall'« Ovarial » si ebbero sempre vantaggi evidenti.

D) *Menopausa.*

Nel periodo del climaterio assai spesso si osservano numerosi disturbi di maggiore o minore gravità. Frequenti sono fenomeni vasodilatatori, parossistici, sotto forme di vampe di calore al viso, accompagnate o meno da sudori profusi, e che si ripetono più volte al giorno. Simili fatti congestizi possono osservarsi anche a carico delle mucose. Frequentemente si ha palpitazioni, tachicardia, dolori ipograstrici irradiantisi agli arti inferiori, emicrania e cefalee ostinate, insonnia, astenia, irritabilità: insomma uno stato neurasteniforme, che può in alcuni casi assumere carattere psicasteniforme.

La somministrazione dell'« Ovarial » dà evidenti vantaggi in questi casi che così numerosi si presentano all'osservazione del medico, e nei quali l'altra terapia riesce pressochè inutile. La cura va continuata più o meno a lungo, secondo che più o meno rapidamente si ha il ristabilimento dell'equilibrio organico della donna.

Una fenomenologia simile si ha in seguito alla menopausa postoperatoria, ed in questa pure gli effetti del trattamento coll'Ovarial sono manifesti.

In molti altri campi morbosi una cura ovarica fatta con un preparato di sicura efficacia come l'« Ovarial »; può essere impiegata con utilità e portare più volte a guarigioni altrimenti irraggiungibili.

Così nel campo dermatologico (Garzella: guarigione di un caso di vitiligine antica e ribelle); nel campo oftalmologico (Morelli: guarigione, sempre colla cura dell'« Ovarial », di un interessante caso di esoftalmo mestruale); nel campo ostetrico (Gentili: guarigione di due casi di osteomalacia).

Di tutte queste altre indicazioni della Terapia ovarica tratteremo più diffusamente in un'altra nota. Ci basti qui soltanto avere accennato ad alcune di esse, che hanno dato luogo ad interessanti pubblicazioni.

***

Alcune osservazioni sulle modalità della cura ovarica.

Non basta il poter disporre di un preparato così attivo come l'« Ovarial » per ottenere in ogni caso dei risultati favorevoli, se la cura non è fatta con opportune norme.

Anzitutto la dose: In molti casi i medici somministrano dosi affatto insufficienti: 30 ed anche soltanto 20 gocce giornaliere. L'« Ovarial » non è un estratto molto concentrato, e non può esserlo, per ragioni tecniche, se deve essere attivo e durevole. Occorre quindi somministrare dosi dalle 60 alle 80 gocce giornaliere, frazionate in due o tre volte. Solo nei periodi successivi del trattamento, quando i benefici sono già manifesti, la dose può essere ridotta a 40-50 gocce.

In secondo luogo è necessario insistere a lungo, talvolta assai a lungo, nella cura: mentre con alcuni estratti opoterapici, come p. es. il Biosurrenal ed il Tiroidal, gli effetti possono manifestarsi già fin dai primi giorni di cura, con l'Ovarial essi si palesano spesso solo dopo qualche settimana, talvolta dopo un paio di mesi, senza per questo essere meno sicuri ed evidenti.

Questo prolungamento della cura è necessario non solo per ottenere il manifestarsi degli effetti terapeutici, ma anche per assicurarne la permanenza. Regolarizzate le mestruazioni, scomparsi i dolori, attenuati i fenomeni a carico del sistema nervoso ecc, non si deve cessare senz'altro la cura, ma continuarla ancora per qualche mese, usando allora di una dose alquanto ridotta, ed anche limitando la somministrazione dell'Ovarial ad una diecina di giorni ogni mese nel periodo premestruale.

Insomma, per avere un risultato completo e duraturo, è necessario che l'organismo sia sottoposto per lungo periodo di tempo all'azione stimolante degli ormoni ovarici.

Usando di queste cautele, ed applicando la cura (per quanto possa sembrare superfluo, è bene dirlo) nei casi in cui vi sia la precisa indicazione di un trattamento ovarico, è facile convincersi, come dice il Soli, che l'« Ovarial » per la sua attività, per la sua conservabilità, per la facilità del dosaggio e della somministrazione, corrisponde assai bene ai requisiti di un ottimo preparato ovarico.

denza del 2° spazio intercostale sinistro e di rumori di soffio all'ascoltazione.

Escluse le accennate forme morbose, la diagnosi di neoplasma mediastinico si affacciava spontanea, specialmente in base al reperto radioscopico. Infatti la radioscopia toracica mostrava un'ombra molto oscura, a limiti netti un poco lobulati, di figura cilindrica, occupante tutto il mediastino.

Oltre il reperto radioscopico, altri fatti deponevano per la diagnosi di neoplasma mediastinico. Infatti i dolori toracici, e più precisamente retrosternali, non erano stati mai vaghi, ma sempre coi caratteri propri delle neoplasie (vivi, lancinanti, persistenti e d'intensità progressivamente crescente). Il liquido estratto dalla pleura ed esaminato, risultava un essudato anche colla prova di Rivalta positiva; ciò dimostrava l'esistenza di una pleurite, che realmente ha un valore diagnostico, perchè accompagna quasi costantemente i neoplasmi mediastinici. Lo stesso liquido inoltre lasciato in riposo si divideva in due strati, uno inferiore rosso-scuro, l'altro superiore più limpido e più chiaro; carattere questo proprio dei versamenti neoplastici (Cardarelli, Lezione clinica).

Ammessa in tal modo l'esistenza di un neoplasma mediastinico, la natura maligna di esso pure si delineava chiaramente in base ai fatti seguenti:

1) lo stato generale dell'infermo con accentuato e progressivo deperimento fino alla cachessia;

2) l'inizio subdolo della malattia e la rapidità della sua evoluzione fino alle metastasi;

3) la concomitanza di una pleurite atipica in completa apiressia;

4) il carattere prevalentemente emorragico del liquido estratto dalla pleura colle toracentesi, che dimostra appunto la reazione di essa determinata dalla neoplasia maligna;

5) la rapida riproduzione del versamento pleurico;

6) il resultato positivo della reazione di Bothelo, metodo questo che, se non costituisce nei suoi resultati un dato sicuro, tuttavia può essere un sussidio per rendere più probabile la diagnosi di neoplasma maligno.

Rimaneva ancora da fare la diagnosi anatomica del neoplasma maligno, tenendo presente che i tumori del mediastino relativamente più frequenti sono i sarcomi, meno frequenti i carcinomi.

Nel nostro caso la diagnosi anatomica di sarcoma era basata sui fatti seguenti.

Riguardo all'età il sarcoma si sviluppa ordinariamente in individui giovani o di età media, preferibilmente nei maschi; infatti il nostro infermo aveva 45 anni.

Caratteristica del sarcoma è una rapida evoluzione; infatti nel nostro caso l'inizio subdolo della malattia era stato seguito in breve periodo di tempo da un rapido sviluppo del neoplasma con rapide manifestazioni metastatiche; e cioè una prima metastasi nella regione sopraclavicolare sinistra, ed una seconda metastasi a breve intervallo di tempo nel fegato.

Oltre l'età e la rapida evoluzione, un altro fatto appoggiava nel nostro caso la diagnosi di sarcoma; cioè la spiccata radio-sensibilità della massa neoplastica in un primo tempo, con notevole miglioramento nelle condizioni dell'infermo, tanto da far pensare ad una apparente guarigione. Infatti dopo 6 applicazioni Roentgenterapiche la massa mediastinica era ridotta circa a 1/4.

Riguardo a tale resultato radioterapico, ritengo opportuno accennare brevemente alla radioterapia dei tumori, e specialmente dei sarcomi.

Indubbiamente la radioterapia rappresenta una delle più importanti conquiste della scienza moderna, conquista che applicata ai tumori ha dimostrato l'efficacia di questo nuovo mezzo terapeutico. Le differenti forme istologiche dei neoplasmi presentano un comportamento diverso all'azione delle irradiazioni. L'involuzione istologica degli elementi sarcomatosi irradiati si compie in un modo assai rapido, tantochè fino dalle prime irradiazioni si modificano i sintomi locali e generali e quindi si nota un rapido miglioramento nello stato generale del malato, come era avvenuto appunto nel caso nostro. Di conseguenza la Roentgenterapia è da ritenersi preziosa nei sarcomi, nei quali i resultati possono essere notevoli (De Bernardi, *Appunti di radioterapia*, Pubblicazione Wassermann, 1925). Infatti il giornale tedesco *Medizin. Klinik* comprende il sarcoma fra i tumori nei quali la radioterapia ha un'influenza favorevole (*Policlinico*, Sez. prat., n. 20, 1913). Inoltre Skinner e Kienböck, per dimostrare gli effetti manifesti e duraturi della radioterapia sui sarcomi, riferiscono di avere ottenuto perfino la guarigione di sarcomi voluminosi e profondi dell'addome e del mediastino (*Policlinico*, Sez. prat., n. 3, 1913).

Concludendo: nel caso riferito, fatta la diagnosi di neoplasma mediastinico per esclusione e ammessane la natura maligna per i dati sopra esposti, la varietà anatomica di esso (sarcoma) era dimostrata da 3 fatti fondamentali: l'età del paziente, la rapida evoluzione del tumore colle relative metastasi, l'influenza della radioterapia su di esso.

Lari (Pisa), agosto 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

L'ossaluria parossistica.

(LOMMEL. *Medizinische Klinik*, 1925, n. 6).

L'ossaluria parossistica è caratterizzata dalla comparsa accessionale di ossalati nell'urina, accompagnata da particolari fenomeni morbosi, tra i quali i più importanti sono i violenti dolori renali analoghi a quelli che si hanno nelle coliche da calcolosi. L'affezione è meno rara di quel che si crede perchè di solito essa viene scambiata con una comune colica renale.

L'autore essendosi messo di proposito a studiare l'argomento ne ha identificati parecchi casi, e riporta la storia di uno di tali casi a mo' di esempio.

Si tratta di un negoziante di 34 anni magro, nervoso, il quale ebbe il primo accesso nel 1921 in seguito ad eccessi dietetici. Dolore alla regione renale sinistra con diffusione anche al lato destro ed al testicolo sinistro. L'esame radiologico non mise in evidenza concrezioni renali. Gli accessi si ripetettero in seguito con pause di mesi anche due volte la settimana, duravano sei ore circa, erano indipendenti dalla dieta e dalle pratiche sessuali, erano mitigati solo dalla morfina. Forse il freddo favoriva la comparsa dell'accesso. Dopo ogni accesso si riscontravano nell'urina numerose emazie, alcuni leucociti e cellule renali, numerosi cristalli di ossalato di calcio, elementi tutti che scomparivano nei periodi interaccessionali.

È ben noto che noi introduciamo con gli alimenti sia vegetali che animali una certa quantità di acido ossalico; ma oltre all'esogeno l'organismo può contenere dell'acido ossalico di produzione endogena. Non è dubbio che l'acido in quistione è più abbondante durante l'accesso che nei periodi interaccessionali. Ma la comparsa del sedimento di ossalato non è l'esponente di un'immediata alterazione del ricambio materiale. Forse gli accessi morbosi dipendono solo dalla modificazione delle condizioni che regolano la solubilità e precipitabilità dell'acido ossalico. Questo si trova nell'urina allo stato di ione libero (COO). L'urina è una soluzione ipersatura rispetto alla solubilità dell'ossalato di calcio, di cui rimane sciolta una notevole quantità anche dopo la precipitazione dei cristalli. Ed al mantenimento in soluzione dell'acido ossalico deve concorrere certamente il contenuto in colloidi dell'urina.

Poichè la precipitazione dei cristallini di ossalato di calcio avviene quasi sempre nei reni, si comprende facilmente come si producano l'ematuria ed il dolore.

Un fenomeno patogeneticamente analogo all'ossaluria è la fosfaturia, che è un sintomo concomitante dei disturbi nervosi, che costituiscono la neurastenia. Talvolta la fosfaturia è molto pronunziata tanto da dominare il quadro morboso, ed allora si hanno dolori lungo la colonna vertebrale specialmente localizzati ai lombi.

L'A. ha osservato casi nei quali tale quadro morboso accompagnato da grande nervosità dura 2-3 giorni e si alterna con periodi di benessere di parecchie settimane. Il disturbo non ha nulla a che fare con la reazione alcalina del sangue e dell'urina, ed il nome quindi di alcalinuria è inadatto. Soetbeer parla di calcariurea, perchè considera come causa principale del disturbo l'aumento dell'eliminazione del calcio attraverso l'urina in seguito a malattia della mucosa intestinale. Le ricerche di Lämpe farebbero ritenere inesatta tale affermazione, perchè i gravi catarri intestinali degli uomini e degli animali non alterano il rapporto tra il calcio eliminato per l'intestino e quello eliminato per i reni. Secondo le ricerche di Klemperer, Kittlitz, e Lichtwitz non è in causa nè la quantità assoluta di calcio, nè il contenuto di acido fosforico: anche qui la precipitazione del fosfato tricalcico è dovuta alla presenza di speciali colloidi. Minkowski ritiene che fattori agenti sulle cellule renali stesse possono condurre alla fosfaturia. La relativa riduzione dell'eliminazione del calcio per l'intestino non sarebbe primitiva ma secondaria all'aumentata escrezione renale.

Le analogie tra fosfaturia ed ossaluria possono essere in rapporto forse al fatto che ambedue i disturbi sono l'effetto d'un'influenza nervosa sul parenchima renale, influenza che altera il contenuto colloidale. Al riguardo è da ricordare che spesso si ha contemporaneamente o alternativamente precipitazione di fosfato e di ossalato calcico.

Un altro processo morboso può essere addotto a spiegare l'ossaluria parossistica: l'infarto urico dei neonati, che, come è noto, è costituito dall'accumulo di urato d'ammonio nelle piramidi renali. Tale accumulo sembra essere la prova che il feto è nato vivo, perchè manca nei nati morti. L'urina al momento del parto contiene nucleoalbumina, leucociti, cilindri ialini ed epiteliali, masse ialine informi. L'infarto e le alterazioni ad esso associate sono in rapporto con l'irrequietezza e con il momentaneo contenuto urinario, in quanto l'urina del neonato ha un tasso d'acido urico molto elevato forse dipendente dall'assorbimento del meconio. Ad ogni modo in questo caso si ha la precipitazione dell'acido urico nel parenchima renale. Nell'ossaluria si ha analogamente infarto ossalico renale come è provato dalla esi-

stenza del dolore. Come le influenze nervose agiscono per provocare la precipitazione non è ancora dimostrato.

Dopo quanto si è esposto sembra che la limitazione di alimenti contenenti o produttori di acido ossalico (legumi, glutine) sia poco promettente. Gli accessi spesso si rarefanno spontaneamente o in seguito a cambiamento del modo di vita nel senso che si riducano le cause di affaticamento del sistema nervoso. D'altra parte l'esperienze dell'autore non sono conclusive sull'efficacia della teobromina e della teofillina nell'alleviare o impedire gli accessi. DR.

ORGANI DEL MOVIMENTO.

Sequestro di muscolo nelle miositi purulente.

(F. NASSETTI. *La Chirurgia degli organi di movimento*, vol. IX, fasc. 4-5).

Il materiale che si forma nel focolaio miositico varia da caso a caso, in relazione alla virulenza dell'agente microbico e allo stadio dell'infiammazione. È frequente osservare delle porzioni di muscolo necrotico, rammollito, spappolato, ma è un reperto raro la presenza di masse libere, le quali pure presentando le note degenerative conservano ancora, solo in tessitura, del tessuto muscolare. È a queste masse che si attribuisce il nome di sequestri muscolari.

Lo Ziegler, che ha descritto molto dettagliatamente l'evoluzione e l'esito dell'infiammazione suppurativa dei muscoli, non accenna all'evenienza di un sequestro muscolare.

Il primo a parlare di sequestro muscolare è stato Lorenz che ha illustrato un caso clinico del genere. Ma la descrizione dei sequestri muscolari è stata fatta da Paetzold. Per sequestramento di muscolo bisogna intendere l'isolarsi e il conservarsi nel focolaio di suppurazione almeno per un certo periodo di tempo, di una porzione degenerata di questo tessuto, non ancora fissa per processo di colliquazione.

Nelle miositi purulente circoscritte è cosa rara vedere sequestri, a differenza di ciò che avviene nelle infiammazioni acute purulente di altri tessuti.

Il sequestro muscolare ha molti punti di contatto e grandi analogie patogenetiche col sequestro delle osteomieliti. Anche nel foruncolo e nelle infezioni purulente dei tendini si ha qualche volta la formazione di un sequestro. In linea generale si può dire che in qualsiasi tessuto la formazione del sequestro avviene per un identico meccanismo, che può essere riassunto in questi tre termini. mortificazione, infiammazione reattiva demarcante, isolamento di tutto o di una porzione più o meno estesa del tessuto mortificato.

La morte del tessuto muscolare può avvenire per le seguenti ragioni:

1) iniezione endomuscolare di sostanze ad azione coagulante (acidi caustici, sali metallici, essenze, sali di chinino);

2) contusioni e ferite muscolari;

3) infezione purulenta stabilitasi direttamente dall'esterno o per via ematica.

La miosite purulenta, sia nella forma circoscritta come in quella diffusa, ha sovente un'origine embolica. Come avvenga il distacco del sequestro è facile arguirlo: per la naturale tendenza che possiede il nostro organismo di eliminare le parti di tessuto morto, isolandole dal tessuto sano.

I muscoli in cui più frequentemente possono riscontrarsi sequestri sono: il bicipite, il brachiale, il latissimo del dorso, i glutei, i gemelli. La massa di tessuto formante il sequestro può presentarsi di diverso volume e forma. Generalmente assume una forma allungata, ovoidea. La consistenza è molle, pastosa, ma non sempre uniforme. Sezionando col bisturi il tessuto si ha l'impressione di sezionare una massa lardacea. L'esame istologico fa riconoscere un'infiltrazione leucocitaria. La degenerazione grassa sostituisce tutto il tessuto muscolare. Dei fasci muscolari non rimane traccia. Le fibre muscolari perdono la loro disposizione normale per l'edema e l'infiltrazione parvicellulare che si stabilisce. È caratteristico lo spezzettamento delle fibre elastiche.

L'A. ritiene come cosa probabile che la massa di muscolo sequestrata, se non interviene il chirurgo ad aprire l'ascesso, possa in un tempo più o meno lungo subire la disgregazione per un processo autolitico dovuto ai fermenti, che si liberano dei leucociti che vanno distrutti e dalle tossine batteriche esogene ed endogene. L'espulsione spontanea del sequestro rappresenta una rarità. SCANDURRA.

Le fratture del condilo esterno dell'epifisi inf. dell'omero e loro trattamento chirurgico.

(D. VALLONE. *Annali Italiani di chirurgia*, anno IV. fasc. VI).

Queste forme di fratture sono frequenti nei bambini a causa della fragilità di tutta l'epifisi omerale inferiore la cui ossificazione è completa verso i 20 anni circa.

L'A. fa notare che la rima di queste fratture deve la sua produzione all'architettura dell'epifisi in rapporto al processo di ossificazione.

Tale processo si inizia al 2° anno di età, epoca in cui compare il primo nucleo di ossificazione, cioè quello condiloideo. A 4 anni si forma la cartilagine di coniugazione, a 6 anni il nucleo epitrocleare, a 9 anni quello epicondiloideo, a 13 anni quello trocleare.

Il Broca e il Mouchet descrivono due varietà di frattura del condilo esterno; la prima, rara, è un distacco epifisario e si verifica dai 2 ai 5 anni; la seconda, che si riscontra dai 5 ai 17 anni, è la frattura del condilo esterno.

Il meccanismo di produzione di questa frattura può avvenire o per caduta sul gomito ad avambraccio flesso, o per caduta sulla mano.

La sintomatologia è chiara.

Gli ammalati si presentano in un atteggiamento caratteristico. L'arto si mostra impotente, il braccio in flessione di 120-130 e con posizione intermedia fra supinazione e pronazione, il braccio avvicinato al tronco, il pugno sostenuto dall'altra mano. La palpazione permette sempre di apprezzare la frattura con spostamento. Per le manovre di ricerca spesso necessita ricorrere alla anestesia. La diagnosi mostra delle difficoltà nel caso che si tratti di frattura senza spostamento.

L'A. ha studiato 4 casi di questo tipo di frattura, che riporta per intero. Ricorda pertanto quali sono i vari modi di spostamento che può subire il frammento, e quali le varie complicazioni derivanti da esso.

Le complicazioni, ben s'intende, possono essere precoci e tardive. Broca ha constatato una complicazione nervosa a carico del mediano dopo 3 anni dell'avvenuta frattura. Mouchet 4 anni dopo pure a carico del mediano. Müller 20 anni dopo a carico dell'ulnare.

L'A. si ferma a trattare sui risultati ottenuti dall'intervento nei suoi 4 casi.

In un primo caso l'ablazione del frammento ha dato: ottima funzionalità, lieve valgismo per migrazione della testa del radio in alto.

In un secondo caso fu praticato l'innesto del frammento con ottima funzionalità e perfetta ricostruzione anatomica.

Nel terzo fu praticata l'ablazione del frammento: limitazione dei movimenti di supinazione e pronazione, valgismo evidente.

L'A. conclude che le fratture del condilo esterno dell'epifisi, se manca lo spostamento del frammento, spesso è sufficiente trattarle con la sola immobilitazione; per le altre, cioè quelle con spostamento, è necessario l'intervento il quale consiste nell'escissione e nel reimpianto, secondo i casi Se non si riesce a ridurre il frammento incruentemente, conviene intervenire cruentemente per evitare tutte le complicanze secondarie dipendenti dalla imperfetta coartazione di esso.

L'A. consiglia la riduzione e sutura in catgut del periostio, abolendo l'incavigliamento con chiodo metallico il quale oltre a poter produrre la frattura del frammento, disturba il processo di proliferazione della cartilagine di accrescimento. Sconsiglia il trattamento postoperativo fatto con massaggi, per evitare la formazione del callo esuberante.

SCANDURRA.

Cisti idatiche dei muscoli e del tessuto cellulare.

(RODRIGUEZ VILLEGAS. *Revista de Cirugia*, anno IV, n. 5).

L'evenienza di cisti d'echinococco a localizzazione muscolare è relativamente frequente nell'Argentina. Nella provincia di Entre-Rios, su 211 casi figurano 12 cisti dei muscoli, cioè il 7,9 %. Nell'ospedale di Viedma 3 su 70, nella Clinica chirurgica di Buenos Ayres, nel periodo dal 1919 al 1921, su 128 casi non si rinvenne, invece, nessuna localizzazione muscolare. Herrera Vegas e Cranwell su 970 casi ne rinvennero 40, da allora si sono descritti altri 25 casi di cisti idatiche dei muscoli. Nei 120 casi di cisti d'echinococco a localizzazione varia capitati all'osservazione nel reparto dove presta servizio l'A., si aveva la seguente distribuzione: fegato 64,1 %, polmone 16,6, peritoneo 5.8, muscoli 3,3, milza 3,3, rene 1,6, tessuto perirenale 1,6, ossa 1,6, cervelli 0,83, mesocolon 0,83. In complesso la media di frequenza della localizzazione muscolare sarebbe il 4 % circa corrispondendo al IV posto della statistica. Anatomo-patologicamente è, di solito, difficile stabilire se la cisti si sia sviluppata nel muscolo o nel perimisio o nell'aponeurosi. Di grandezza varia, la cisti è quasi sempre unica e nel 40 % dei casi suppurata. Il pericistio è rappresentato da una lamina fibrosa, spessa 1-2 mm. che fa vedere per trasparenza i vasi e i nervi cui aderisce. In alcune regioni, come nelle docce vertebrali, dove numerosi fasci muscolari si incrociano in vario senso, si formano cavità multiple, veri nidi muscolari.

La sintomatologia è quella di un tumore rotondeggiante, liscio, indoloro, non aderente ai tessuti vicini. Il paziente se ne accorge per le dimensioni o per una complicazione come suppurazione, trauma, compressione vascolare o nervosa.

Movibile in tutte le direzioni, la cisti si immobilizza con la contrazione del muscolo. È eccezionale il fremito idatideo. La crepitazione è propria delle cisti bisacculari che comunichino con un piccolo orifizio; poggiando su questo un dito e spingendo il liquido da una sacca nell'altra, si avverte la sensazione caratteristica.

Per la diagnosi differenziale, l'A. afferma che, quando una lesione muscolare non si inquadri per la sintomatologia e evoluzione nelle lesioni generali, bisogna pensare ad una cisti idatica. Gli errori di diagnosi sono frequenti anche nei paesi dove la cisti d'echinococco è comune. Dei 4 casi citati dall'A., in due venne fatta la diagnosi, gli altri erano stati diagnosticati come lipoma irreducibile di ernia crurale e cisti congenita del collo con gravi disturbi vasomotori e paralisi incompleta del mediano. L'errore più comune è di confondere la cisti, specie quando è suppurata, con un ascesso freddo ganglionare o sintomatico di una lesione della colonna vertebrale. La diagnosi differenziale è possibile solo con l'esame microscopico del pus e con le ricerche sierologiche. Ma quasi mai si pensa alla possibilità di una cisti.

Cura. Quando la cisti è superficiale e non ha rapporti con vasi o nervi importanti, estirpazione della cisti e pericistico senza aprire la cavità; negli altri casi aspirazione del parassita, lavaggio del campo con soluzione di formolo al 2 % o con etere e sutura senza drenaggio. Le cisti suppurate vanno trattate come un ascesso caldo. Nelle cisti delle docce vertebrali a struttura plurivescicolare, sarà necessaria e possibile solo l'asportazione completa che richiede ampie incisioni e gravi sacrifici di tessuto muscolare.

VALDONI.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Le cause di morte improvvisa.

(MÜLLER, HES e HEY. *Jahreskurse für ärtzliche Fortbildung*, 1925, n. 9).

Ogni malattia acuta o cronica dei vari organi e sistemi può essere causa di morte improvvisa, ossia di morte che si verifica in uno stato di apparente benessere. Ma sono le affezioni cardiovascolari quelle che più frequentemente sono causa di morte improvvisa. Seguono in ordine di frequenza il sistema respiratorio, lo stato timolinfatico, il sistema nervoso, l'apparato digerente e uro-genitale.

L'arteriosclerosi è l'affezione che più frequentemente è causa di morte improvvisa, determinando rottura del cuore, dell'aorta, dei vasi cerebrali.

La rottura del cuore si verifica con il seguente meccanismo: occlusione per trombosi dell'arteria coronaria, necrosi del miocardio e consecutiva rottura dello stesso in seguito a sforzi molto leggeri e anche passati inavvertiti.

Le lacerazioni dell'aorta si producono con il medesimo meccanismo. Si tratta per lo più di lesioni luetiche della parete vasale. La mesoaortite luetica può provocare la formazione d'un aneurisma che si lacera e determina la morte, o produrre alterazioni immediatamente al disopra delle valvole che conducono allo strozzamento dei vasi coronari ed all'arresto della circolazione cardiaca. In queste condizioni basta un pasto abbondante a provocare la morte.

L'endocardite ulcerosa può determinare morte improvvisa in seguito a rottura del cuore, provocata da diffusione del processo alla parete cardiaca. D'altra parte il processo ulceroso delle valvole aortiche può diffondersi all'orecchietta destra e condurre così improvvisamente all'edema pulmonare letale.

Anche le anomalie congenite del sistema cardiovascolare possono essere causa di morte improvvisa. Al riguardo deve essere ricordata sopratutto la stenosi congenita dell'aorta. Strassmann riferisce che in 8 individui con questa affezione la morte si ebbe in seguito ad uno sforzo fisico: in quattro casi la morte si verificò per rottura dell'aorta dilatata ad aneurisma dopo la stenosi, in un caso per rottura di un aneurisma dell'arteria basale cerebrale ed in un caso per paralisi del ventricolo sinistro dilatato ed ipertrofico.

Nella degenerazione grassa del cuore si può avere morte improvvisa per paralisi in seguito ad un lavoro che supera anche di poco quello abituale.

Nei disturbi circolatori dipendenti da qualsiasi causa, vizi valvolari, infezioni, anemie, si formano negli atri e nelle orecchiette trombi che possono staccarsi completamente dalla parete. In tali casi la morte si può verificare improvvisamente per occlusione degli ostii cardiaci o dei vasi cerebrali.

La rottura del fegato è di solito d'origine traumatica, ma anche in seguito ad aneurismi multipli dell'arteria epatica si possono avere lacerazioni più o meno estese del parenchima epatico, abbondanti emorragie, e quindi morte improvvisa. Questa può essere determinata anche dalle apoplessie del pancreas.

Le affezioni respiratorie che più comunemente conducono a morte improvvisa sono la pulmonite ambulatoria, la bronchite, specie dei bambini, le aderenze pleuriche, le lesioni della trachea e le compressioni di quest'ultima occasionate da improvvisi aumenti di volume di strumi o neoplasmi.

Tra le affezioni del tubo digerente che possono essere causa di morte improvvisa, debbono essere ricordate le emorragie da rottura di noduli varicosi frequenti nella cirrosi epatica, o da ulceri gastriche ed intestinali.

Nelle affezioni renali va ricordata la glomerulonefrite acuta.

Le emorragie mortali da rottura di gravidanza tubarica sono oggi meno frequenti, in rapporto al perfezionamento dei mezzi diagnostici e terapeutici.

Talvolta la causa della morte improvvisa non può essere attribuita ad alcuna alterazione anatomo-patologica grossolana. Occorre allora ricorrere all'esame batteriologico, essendo risaputo che la sepsi può provocare la morte in individui apparentemente sani. È degno di essere ricordato un caso nel quale la morte si verificò improvvisamente durante il coito, e nel quale l'esame batteriologico del sangue dimostrò l'esistenza di una sepsi criptogenetica.

È noto che l'eccitazione psichica che accompagna il coito può di frequente essere causa occasionale di morte improvvisa in individui con vizi cardiaci, con stato timo-linfatico, ecc.

L'epilessia può essere causa di morte improvvisa in quanto il paziente può soffocare se per l'accesso cade sul viso o annega cadendo con la bocca ed il naso in un liquido, oppure battendo fortemente la testa a terra.

La morte può anche essere provocata dall'edema cerebrale acuto o in conseguenza di alterazione delle cellule gangliari dei nuclei vitali. Al riguardo è a notare che nei cadaveri di epilettici morti improvvisamente furono trovate emorragie puntiformi in corrispondenza dei nuclei del quarto ventricolo.

Anche nella tetania, specie nei bambini, si può avere morte improvvisa, che in un caso di Iwabuchi potette essere attribuita ad alterazioni del bulbo.

Per quanto riguarda la quistione del rapporto tra stato timo-linfatico e morte improvvisa, le opinioni sono discordi. Alcuni autori negano in modo assoluto una tale interdipendenza. Forse si è esagerato nell'attribuire allo stato timo-linfatico ogni morte improvvisa che non potesse essere giustificata da altra alterazione anatomo-patologica, ma d'altra parte non v'è dubbio che i casi di morte per azioni esterne leggerissime (contatto con l'acqua, emozioni lievi, debole eccitazione elettrica, ecc.) si riscontrano prevalentemente in individui con stato timo-linfatico.

Un tempo le morti improvvise da tale causa si attribuivano a compressione della trachea o a pressione sul vago esercitata dal timo ingrossato. Ma non è sostenibile che un organo molle come il timo possa produrre compressione della trachea fino a dare la soffocazione o un'eccitazione del vago tale da provocare l'arresto del cuore. È più verosimile che si tratti di un disturbo funzionale del timo o delle altre glandole endocrine con esso associate, e che vi abbia influenza anche la concomitante ipoplasia del sistema arterioso.

Comunque il nesso causale tra stato timo-linfatico e morte improvvisa si può accettare solo quando è stata accertata istologicamente la diagnosi di stato timo-linfatico e si possa escludere l'esistenza di altre cause capaci di determinare la morte.

DR.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

R. RIBOLLA. *Medicina tropicale e igiene marinara.* Manuale teorico-pratico; con lettera di AUGUSTO MURRI. Casa Editrice Luigi Pozzi, Roma. Un vol. di pag. XII-454. Prezzo L. 50.

Il bel manuale di medicina tropicale e di igiene marinara, con cui il dott. Ribolla ha voluto arricchire l'interessante « Collana » della Casa editrice del *Policlinico*, ha già avuto l'onore di una presentazione che è privilegio di pochi.

Esso reca in fronte l'elogio ambìto di Augusto Murri, che ha letto il libro e lo ha trovato degno di lode.

Ed, invero, io non conosco nessun'altra opera nostra che abbia, come questa, un'impronta schiettamente italiana e che racchiuda con altrettanta sobrietà e chiarezza di esposizione, così gran copia di conoscenze necessarie ed utili ai medici della marina, ai medici coloniali e a tutti coloro che s'interessano alla patologia tropicale.

Nell'attuale momento di rinnovato fervore verso tutti i problemi concernenti le nostre correnti emigratorie e la nostra politica coloniale, il manuale del Ribolla giunge a proposito per illuminare ed aggiornare il lato loro forse più interessante: quello igienico-sanitario.

Infatti, il compito principale e immediato della missione civilizzatrice di una Nazione coloniale, consiste nel combattere le malattie e nel creare, nei territori destinati alla colonizzazione, un ambiente di benessere fisico, non soltanto per i futuri coloni, ma anche per le popolazioni indigene.

L'opera di colonizzazione dev'essere anche diretta alla previdenza e alla sanità fisica, perchè nelle intraprese coloniali il successo arride solo a quei popoli che resultano meglio preparati ad affrontarvi l'azione perniciosa dei fattori d'insalubrità e a vincere le insidie dei germi morbigeni delle malattie locali.

Il dott. Ribolla non ha trascurato nulla perchè il suo manuale riuscisse completo in ogni parte, perchè resultasse istruttivo e rispondente appieno ai possibili bisogni del medico marinaro o coloniale.

Tutto quanto concerne l'igiene navale, l'igiene bromatologica a bordo, la diagnosi precoce delle malattie, la tecnica delle disinfezioni, la patolo-

gia, l'epidemiologia, la profilassi e la cura delle malattie infettive e parassitarie, specialmente esotiche, nonchè le norme vigenti in materia di legislazione sanitaria marittima, è esposto nel manuale Ribolla, in modo insuperabilmente preciso e scrupolosamente completo.

Si capisce dall'insieme del lavoro, che il suo autore non ha compiuto la consueta opera paziente di pedestre compilazione. Il Ribolla è un autentico studioso dell'igiene navale e della patologia coloniale. Egli ne conosce bene tutti i problemi, e a qualcuno di essi, come, per esempio, all'eziologia del « mal di mare », ha già recato contributi ben noti e molto apprezzati.

Ma fra i molti pregi di questo manuale, ve n'ha uno che, a mio modo di vedere, torna a particolarissima lode dell'autore. A differenza di tanti scrittori nostrani di cose mediche, i quali hanno il ben noto vizio di rimpinzare le proprie opere di sole citazioni straniere, affettando dispregio — che, il più delle volte, altro non è che silenzioso sfogo di inguaribili gelosie! — verso la produzione scientifica nazionale, il Ribolla ha, anzitutto, valorizzato e posto in piena luce l'opera che gli italiani hanno dato allo studio e alla soluzione dei problemi igienici e patologici coloniali.

Modesti o cospicui che siano stati i contributi degli italiani, il Ribolla si è fatto onestamente un dovere di ricordarli sempre e di rivendicarli ogni qual volta ciò gli sia sembrato necessario.

Questo lato simpatico del libro del dott. Ribolla, contribuisce molto anche alla sua originalità.

Infatti, in Italia siamo purtroppo avvezzi ad abbeverarci ai libri stranieri i quali — per la generale ignoranza della nostra lingua, ma sopratutto a causa della disorganizzazione della nostra produzione scientifica, generalmente sparpagliata e sperduta in innumerevoli periodici semi-clandestini — ben di rado accennano all'opera degli studiosi italiani, anche se degnissima di menzione.

Facciamo, perciò, fervidi voti affinchè la lodevole e serena obbiettività scientifica del Ribolla serva di esempio e perchè al suo eccellente libro, che rappresenta anche una buona azione possano arridere le meritate fortune!

GIUSEPPE SANARELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

M. SILVESTRI LAPENNA. *Come si deve alimentare il diabetico.* Un vol. in-16° di 78 pag. Edito a cura dei « Problemi della nutrizione ». Roma, 1925.

Il cardine fondamentale per la cura del diabete consiste nella dieta adatta, per la quale i consigli, anche abbastanza minuziosi del medico, non sempre possono essere una guida sufficiente; il medico stesso poi con tali malati, si trova non raramente imbarazzato davanti a domande di culinaria che esulano dalla sua scienza, tanto più che mancava finora da noi un libro che trattasse questo argomento sul quale soltanto poche nozioni ci danno i numerosi libri stranieri, tenuto conto della differenza di gusti e di abitudini dietetiche.

È giusto quindi applicare a questo manualetto della signora Silvestri Lapenna l'abusata frase, dicendo che esso colma una lacuna. Nella prima parte troviamo le indicazioni generali sul vitto, sul valore alimentare e sul contenuto in idrati di carbonio dei diversi alimenti, con accenno ai diversi regimi dietetici. Nella seconda parte, si dà un elenco di appetitose ricette per la nostra cucina, particolarmente adatte per il diabetico. Completa il libro un'appendice con la descrizione delle poche ricerche sull'urina che il diabetico deve sapere eseguire per esercitare sul suo stato di salute la necessaria sorveglianza.

All'utile libretto non mancherà il favore dei medici e dei pazienti.

fil.

Manuale di vita igienica e previdente (contro l'uricemia e le malattie della digestione). Pagine 168, con illustrazioni e tavole a colori. Milano, Antonio Cordani. L. 7.

In questo volume son prese di fronte sovratutto la uricemia e la gotta (che sono malattie in grande aumento) con articoli di natura medica, igienica e storica (non manca una chiara illustrazione filologica della parola *gotta*).

Tra gli scrittori del manuale figurano i professori Boveri, Ceresoli, Devoto, Fasoli, Pieraccini, Pinali, Pugliese ed altri, con capitoli bene scelti e praticamente redatti. Sono anche prospettate le linee per prevenire quei disturbi delle vie digestive, che colpiscono sopratutto gli uomini affaccendati per affari, ecc.

A. S.

PINCUSSEN. *Mikrometodik. Quantitative Bestimmung der Harn und Blutbestandteile in kleinen Mengen f. klinische und experimentelle Zwecke.* Thieme ed., Leipzig.

È un comodo libriccino illustrato opportunamente, di 166 pagine che indica la tecnica più facile e più consigliabile per dosare su quantità minime di urina o di sangue le più interessanti sostanze di valore biologico: nell'urina per es.: il sodio, il potassio, il calcio, l'ammoniaca, l'urea, l'azoto totale, gli amino-acidi, lo zucchero, l'acido urico, ecc.

Nel sangue: ugualmente le stesse sostanze e tutte le altre aventi un qualsiasi interesse clinico o biologico. L'esposizione è facile, chiara, sintetica, ed il libriccino si raccomanda a chi desideri intraprendere ricerche servendosi di micrometodi.

L. TONELLI.

E. ABDERHALDEN. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Abt. IX. *Methoden zur Erforschung der Leistungen des tierischen Organismus.* Teil 3. H. 2. Urban e Schwarzenberg. Berlin-Wien 1925, M. 12.60.

È la II puntata della 3ª parte dell'opera dell'Abderhalden e contiene la trattazione compiuta da Karny di Buitenzory (Java) dei metodi che devono essere impiegati nello studio delle ricerche filogenetiche.

Come le altre parti dell'opera contiene una vastissima messe di cognizioni, una completa discussione delle ipotesi e delle teorie che si prospettano in questo campo della biologia, e rappresenta un'altra poderosa pietra che si aggiunge alle precedenti nella edificazione dell'importantissima opera diretta dall'Abderhalden.

TR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta ordinaria del 4 febbraio 1926.

Presidenza del prof. N. LEOTTA, presidente.

Tre storie di tumori ovarici.

GAIFAMI P. — Presenta tre casi di voluminosi tumori ovarici con i relativi pezzi anatomici. Uno di questi è un teratoma complesso con metastasi sarcomatose dell'omento in una giovane di 14 anni simulante una gravidanza. Gli altri due, rispettivamente un cistoma ghiandolare del peso di 30 Kg. e un cistoma semplice, avevano permesso il progresso della gravidanza il primo sino al 7° mese (parto il giorno successivo all'asportazione del tumore), il secondo sino a termine con parto normale.

Sulla genesi plurighiandolare dell'attività sessuale.

QUARANTA L. — Ricorda un caso da lui studiato nel quale la castrazione bilaterale eseguita all'età di 28 anni (lue?) non determinò che leggera diminuzione dell'attività sessuale. A 55 anni divenne impotente e subentrò una sindrome adiposo-genitale con ginecomastia. È qui necessario invocare l'intervento di altre ghiandole (surrenale, pituitaria) nella determinazione della funzione sessuale e del climaterio.

Sulle stenosi parabiliari.

ANACLERIO G. — L'O. mostra una lunghissima serie di radiogrammi per dimostrare che tutte le colecistiti acute e croniche portano una stenosi del duodeno o del colon. Spesso la colecistite non si rileva clinicamente, ma è il chirurgo che all'atto operativo trova aderenze con le vie biliari oppure è il sondaggio duodenale che permette di scoprire una bile cistica alterata e settica. L'O. si occupa unicamente della parte radiologica e pone come sintomo radiologico patognomonico delle aderenze con la cistifellea e vie biliari la retroposizione del duodeno, ben visibile colla radiografia in posizione laterale.

La enzimoreazione in alcune endocrinopatie infantili.

TRIPPUTI V. — L'O. ha provato l'enzimoreazione in casi di ipotireosi, acondroplasia, mongolismo, rachitismo, stati ipoplasici di vario grado. Tranne in un caso di affezione tiroidea l'O. ha sempre riscontrata reazione negativa. Crede che gli stimoli di natura endogena non siano sufficienti a produrre aumento di fermenti tale, da venire messo in evidenza dalla enzimoreazione.

Su di un caso di emorragia maculare bilaterale.

A. MARINOSCI. — Illustra l'eziologia e la patogenesi del caso.

Si tratta di un individuo che, nel decorso d'una affezione reumatica articolare acuta, fu colpito da pleuro-polmonite basilare bilaterale, che mise in pericolo la vita dell'infermo per un accesso asfittico.

Durante tale accesso nell'infermo si produssero nella regione maculare d'ambo gli occhi vaste emorragie. Spiega come l'accesso asfittico sia stato una causa concomitante per la produzione della emorragia poichè l'infermo era affetto in precedenza da lesioni tubercolari che avevano leso il suo sistema vasale specie quello venoso.

Cita parecchi autori che dimostrano come le vene possono essere colpite dal processo tubercolare.

Dott. L. QUARANTA.

NOTE DI CRENOTERAPIA

CONSIDERAZIONI SULLE CURE TERMALI SULFUREE

Le indicazioni delle cure termali sulfuree sono veramente assai estese.

Un gran numero di medici che per mancanza di esperienza propria, diretta, delle stazioni termali solfuree, ha una cognizione solo sommaria di questo campo della terapia, associa le cure solfuree quasi esclusivamente ad una sola indicazione: quella delle malattie cutanee.

È certo che sulle dermopatie le cure solfuree possono agire in modo particolarmente benefico, portando a resultati terapeutici talvolta rapidi ed insperati. Così, come fa rilevare l'illustre Maiocchi nella sua interessante monografia sulle Terme di Porretta, l'acne, la seborrea, le follicoliti, le piodermiti e le furuncolosi, gli eczemi generalizzati e locali, la pitiriasi e la prurigine, guariscono o migliorano nettamente colla cura di bagni e polverizzazioni di Acque solfuree come quelle della Porretta.

Ma v'è tutto un altro campo della patologia in cui dall'uso delle Acque solfuree si possono ottenere effetti curativi altrettanto evidenti.

Anzitutto nelle affezioni croniche delle prime vie respiratorie. Così nelle affezioni del naso (catarro purulento rino-faringeo, rinite atrofica, rinite spasmodica degli artritici, postumi di sinusiti), dell'orecchio (catarro tubario e sordità consecutiva), del faringe (tonsilliti e faringiti a ripetizione, angine ipertrofiche dei bambini, vegetazioni adenoidi), del laringe (laringiti catarrali e mucopurulente, laringiti professionali dei cantanti e degli oratori, ipertrofia totale o nodulare delle corde vocali). Ma anche nelle affezioni dei bronchi, i resultati sono eccellenti: così nelle tracheo-bronchiti croniche e a ripetizione, nelle bronchiti a ripetizione dei bambini, nell'asma.

Naturalmente in tutte queste forme l'applicazione delle Acque solfuree deve essere fatta prevalentemente per via respiratoria: mediante lavaggi nasali, polverizzazioni ed inalazioni. In nessun luogo, sia per la perfetta rispondenza delle acque, assai ricche di idrogeno solforato e pur tolleratissime, sia per la completezza degli impianti inalatori, queste cure possono essere fatte così bene come alle Terme di Porretta, allo Stabilimento Puzzola, appunto specializzato per le cure inalatorie.

L'idroterapia solforosa locale (polverizzazioni) esercita un'azione decongestionante, risolvente, antisettica, tonicizzante sulle mucose. Le inalazioni gassose poi (allo Stabilimento Puzzola di Porretta vi sono 5 saloni per le inalazioni) permettono di agire sulle vie respiratorie più profonde, ed esercitano una manifesta azione sedativa sui centri del circolo e del respiro.

Dopo aver respirato per qualche tempo in questo ambiente solforato, i pazienti provano un reale benessere: sentono una piacevole sensazione come di calore al petto, la respirazione si fa meno frequente, più facile e più profonda: il senso di oppressione si attenua e si dilegua, il polso pure diviene meno frequente.

Particolari benefizi ottengono poi da queste cure inalatorie i pazienti affetti da bronchite cronica. Esse sono indicate per tutti quelli che ai primi freddi, o dopo una coriza, sogliono esser presi da fatti bronchitici. In questi bronchitici a ripetizione si riscontrano rantolini più o meno manifesti ad una od ad ambedue le basi, e coll'andar del tempo si stabilisce un certo grado di stabile congestione e splenizzazione polmonare.

Le inalazioni solfuree, quali si compiono a Porretta, fanno sparire le lesioni delle basi e correggono queste forme croniche e recidivanti, in tutti i casi non troppo cronicizzati. Ma anche quando si tratta di forme ormai antiche, i vantaggi sono evidenti; se le lesioni anatomiche sono stabilizzate, e non possono essere rimosse, viene almeno grandemente attenuata la suscettibilità morbosa dei pazienti e la loro facilità a contrarre nuove bronchiti. Facendo regolarmente la cura a Porretta, i malati di solito passano l'inverno senza apprezzabili fatti bronchiali.

Ma, come giustamente ha fatto rilevare anche il Pinali, Direttore sanitario delle Terme di Porretta, in una sua recente nota, le indicazioni delle Acque sulfuree sono notevolissime e precise anche per gli stati morbosi generali. Le cure solfuree danno resultati eccellenti in tutte le manifestazioni della diatesi artritica, sieno esse articolari (reumatismo, artrite), respiratorie (asma), cutanee, nervose (astenia, emicranie, nevralgie), digestive (anoressia, dispepsie atoniche), ginecologiche. Per tutte queste indicazioni si devono adoperare i bagni, ma anche la bibita, la cui azione terapeutica, spesso tenuta in scarso conto, è veramente assai grande e manifesta.

Le acque sulfuree date per bibita esercitano un'azione tonica, attivatrice degli scambi organici, nettamente disintossicante, colagoga, diuretica. Quindi tutti i pazienti con rallentato ricambio, i convalescenti, gli esauriti, gli individui con fatti di autointossicazione di origine intestinale, gli epatici, i bevitori, i cistitici, ecc., risentono vantaggi rapidi ed evidenti.

Un altro campo in cui le cure sulfuree trovano una precisa indicazione è quello del linfatismo: e, naturalmente, del linfatismo infantile. Questa indicazione delle Stazioni termali sulfuree, ancora da noi insufficientemente valutata, è tenuta invece in gran conto in Francia, dove più d'una delle Stazioni sulfuree si è quasi specializzata, ed è addirittura chiamata col nome di « station d'enfants ». Gli è forse che da noi nessuna stazione all'infuori di Porretta, riunisce tutti quegli elementi (qualità delle acque solfuree, altitudine, clima, possibilità di altre cure) che sono necessari perchè la cura del linfatismo infantile riesca veramente efficace. Ed invero colle cure solfuree di Porretta non solo guariscono le affezioni locali di origine linfatica, sia oculari (blefariti, congiuntiviti, cheratiti), sia delle vie respiratorie (riniti e rinofaringiti, tonsilliti, adenoidismo, bronchiti a ripetizione), sia cutanee (impetigini ed eczemi impetiginosi delle narici, della rima buccale, delle orecchie, delle pieghe cutanee), sia delle mucose (vulviti, vulvovaginiti), ecc., ma anche migliora rapidamente e nettamente lo stato generale dei bambini. Dal trattamento con bagni solforosi e colla bibita con acque sulfuree, si ha un potente stimolo alle funzioni di assimilazione e del ricambio. Si ha risveglio dell'appetito, aumento delle forze e del peso corporeo; i bambini gracili, linfatici, scrofolosi, eredosifilitici, si irrobustiscono e si liberano dalle loro tare organiche.

* * *

Se nel fare questa esposizione assai succinta delle tanto svariate applicazioni delle cure solfuree abbiamo più volte ricordato le Terme di Porretta, è perchè queste Terme, celebrate da secoli, per tutta una serie di ragioni vengono a riunire in sè gli elementi più favorevoli per le cure in questione.

In primo luogo la costituzione e la varietà delle acque solfuree che esse possiedono. Le Acque solfuree di Porretta (Puzzola, Porretta nuova e vecchia, Galleria) hanno anzitutto il pregio di agire per la presenza in esse di Idrogeno solforato libero: ma a questo pregio aggiungono l'altro, inestimabile, di essere clorurato sodiche e di contenere carbonati e borati alcalini, oltre a quantità assai piccole, ma ponderabili, di jodio e di bromo.

È a questa loro specialissima composizione chimica che le Acque solfuree di Porretta devono la loro specialissima e notevolissima efficacia terapeutica: sia per l'uso locale, perchè la loro alcalinità, ed il loro contenuto in cloruro di sodio ed in borati permette di intendere come la loro azione sulla cute e sulle muccose sopratutto, possa essere nello stesso tempo energica e blanda. L'influsso sedativo di questi sali si unisce a quello antisettico e riduttore dello zolfo, in modo da consentire l'applicazione delle acque, anche se contenenti idrogeno solforato in grandi quantità (Galleria), sulle muccose le più delicate ed irritabili, senza determinare fatti irritativi apprezzabili.

Da questa composizione armoniosa delle Acque solfuree di Porretta risultano i più felici effetti terapeutici, non solo nel trattamento delle affezioni cutanee e delle affezioni dell'apparato respiratorio, del rinofaringe e delle muccose in genere, ma anche in quelle dell'apparato gastro intestinale, dal quale sono mirabilmente tollerate.

A rendere ancora più ampio il campo di applicazione delle Acque solfuree di Porretta interviene poi un altro importantissimo e peculiare fattore. Che cioè a Porretta il medico per le cure solfuree può disporre di tre diverse Sorgenti, che pur avendo uguali elementi costituenti, assai diverse sono per temperatura, mineralizzazione, contenute in zolfo. Così da un'acqua che contiene 1,26 cmc di Idrogeno solforato per litro (Puzzola), si giunge alla Sorgente Galleria, che ha il contenuto rilevantissimo di 15,0 cmc per litro. L'alcalinità percentuale (rapporto fra l'alcalinità totale e il residuo fisso va da 16 della Puzzola a 20 della Porretta nuova e vecchia, e a 25 della Galleria. La mineralizzazione della Galleria (residuo fisso gr. 1,21) è poco più di un terzo di quella della Puzzola (gr. 3,43); e mentre la Galleria e la Puzzola sono fredde (17° e 25° rispettivamente), la Sorgente Porretta è termale. L'Jodio che è circa un milligr. per litro nella Puzzola, è poco più di un decimilligrammo nella Galleria. E così via dicendo, si ha tutta una gamma di temperature, di contenuto di idrogeno solforato, di concentrazione, di alcalinità, che permette di scegliere caso per caso l'acqua più adatta, e di far succedere alla cura coll'una quella coll'altra; di curare tanto la pelle quanto le muccose; di far uso tanto dei bagni quanto delle polverizzazioni; delle inalazioni come della bibita; di trattare le forme torpide come quelle irritabili...

* * *

Nè qui si arrestano i vantaggi riuniti della natura provvida in questa Stazione Termale: altri ve ne sono e di capitale importanza. Così la posizione geografica, in pieno Apennino, la elevazione sul mare, la ricchezza di boschi che circondano le Terme, l'aria pura e fresca, ma soprattutto la coesistenza di tutto un'altro Gruppo di Sorgenti importantissime, e non meno rinomate: le Salsoiodiche (Bovi, Leone, Donzelle, Marte), le quali permettono di fare ciò che non è possibile fare così bene in alcuna altra Stazione termale: associare le cure clorurato-sodiche jodurate a quelle solfuree.

Ma su questo punto, che per la sua alta importanza in crenoterapia merita di essere illustrato più ampiamente, ci riserbiamo ritornare in altra occasione.

Dott. C F.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le setticemie streptococciche.

Le setticemie streptococciche sono frequenti e, malgrado la varietà degli aspetti clinici, presentano una certa aria di famiglia che permette di riconoscerle; la diagnosi di certezza però non si ha che dall'emocoltura positiva. I punti di partenza di tali setticemie sono sempre gli stessi: ferite infette, utero, regione rinofaringea, più raramente un'otite cronica, delle ulcerazioni intestinali od un'eresipela; alcune sono, in apparenza primitive, poichè ci sfugge la porta d'ingresso.

A. Lemierre e P.-N. Deschamps (*Journ. médical français*, 1925, n. 4) ritengono che si tratti sempre dello stesso germe; soltanto per l'endocardite lenta si avrebbe, il più spesso uno streptococco putrido, anaerobio.

Clinicamente, la setticemia streptococcica si presenta talora benigna, fugace e mette capo ad una flebite o ad una suppurazione locale. Più spesso, essa è grave, con febbre a grandi accessi, anemia, compartecipazione dello stato generale e complicazioni articolari, cutanee, epatiche, ecc. Le localizzazioni secondarie più frequenti sono le endocarditi maligne acute o lente, le flebiti, le localizzazioni renali.

La diagnosi si basa sul punto di partenza, sulle localizzazioni secondarie, l'iperleucocitosi e la presenza del germe nel sangue. Tutti i trattamenti proposti (siero-, vaccino-, chemioterapia) hanno dato talora buoni risultati, ma sono d'azione incostante. Il più spesso le setticemie streptococciche sono fatali, ma talvolta finiscono con la guarigione.

fil.

Il collasso tifoso.

Si deve riservare la denominazione di collasso tifoso ad una sindrome bene determinata, che si ritrova identica in tutte le osservazioni, di cui gli elementi essenziali sono: 1) una caduta termica brusca e silenziosa con la velocità modica di un grado ogni tre ore; caduta che può andare fino all'ipotermia più accentuata; 2) una caduta della tensione arteriosa ugualmente brusca, più o meno marcata, talora profonda, tal'altra latente perchè poco marcata. Quando essa si fa più accentuata, si traduce con un corteo di sintomi che comprendono un'alterazione notevole della facies che ricorda quella peritoneale, la cianosi, un raffreddamento periferico intenso. Si aggiungono talora: tachicardia e polipnea transitoria.

I diversi elementi (termico, vascolare, cardiaco e polmonare) si svolgono indipendentemente gli uni dagli altri.

Un carattere importante è la transitorietà; si tratta di un accesso che può durare 2-3 ore oppure 3-4 giorni. Spesso la prognosi del singolo accesso è buona, ma si hanno recidive in 1/3 dei casi. L'esistenza del collasso è poi indipendente dalla gravità della malattia.

Nella maggior parte dei casi, la curva termica misura la durata del collasso e la caduta della pressione ne indica la gravità. Dalla velocità, dalla profondità e dalla durata di tale caduta della tensione dipendono le modalità cliniche. Alcune cadute subitanee e massive si traducono con lipotimie, sincopi, convulsioni e morte improvvisa.

Una tale sindrome, secondo Roger De Brun (*Thèse de Paris* e *Revue de médecine*, 1925, n. 5) non deriva da un'insufficienza cardiaca. Gli esami del cuore praticati prima, durante e dopo l'accesso sono del tutto negativi. Essa non può derivare che da una deficienza bulbare, sebbene transitoria. I differenti centri, termici, vaso-motori, cardiaco e polmonare possono essere inibiti in modo più o meno completo, isolatamente o simultaneamente senza sincronismo assoluto ed a gradi diversi per ciascuno di essi. Questo dato si traduce in clinica con l'indipendenza dei diversi elementi della sindrome e spiega così anche gli stretti rapporti fra il collasso e la morte improvvisa che può accadere per caduta brutale della pressione, in mezzo a convulsioni, sia per sincope cardiaca, sia per sincope respiratoria. Esso spiega altresì tutte le varianti sintomatiche e pronostiche del collasso dalla remissione termica fino alla morte.

fil.

Le applicazioni terapeutiche del batteriofago.

I batteriofagi costituiscono un'entità terapeutica di grande valore di cui le applicazioni multiple ed inoffensive sono suscettibili di grande estensione. Però, allo scopo di ottenere il massimo rendimento, è indispensabile adottare una tecnica di somministrazione, tenendo conto della polivalenza e della pluralità dei batteriofagi. Le differenze osservate nella virulenza del principio, le diversità di adattamento, le esperienze di neutralizzazione crociata hanno condotto J. Wagemans (*Bruxelles-Médical e Revue de medecine*, 1925, n. 5) alla nozione di pluralità dei batteriofagi. Così p. es., per il colibacillo non esiste un solo batteriofago, ma moltissimi principi che nulla hanno di affine fra di loro.

Le iniezioni sottocutanee debbono essere abbandonate, in causa delle reazioni locali (edema, eritema) e generali (ipertermia) che determinano. Invece, per ogni altra via, la somministrazione del batteriofago dà manifestazioni reazionali nulle o minime.

Nelle affezioni cutanee, il batteriofago stafilococcico può essere efficacemente usato in medicazioni giornaliere. Nelle affezioni gastro-intestinali, di origine coli-bacillare, tifoide, paratifoide, dissenterica, l'A. consiglia di dare per bocca 2 cmc. del rispettivo batteriofago, in un po' d'acqua, 2 volte al giorno. Nelle cistiti, si prescrivono lavande vescicali quotidiane con 2-3 cmc. diluiti del batteriofago coli o stafilococco, secondo il germe in causa. In certe infiammazioni nasali od otitiche, in certi casi di rettite, le instillazioni o le lavande diluite danno risultati soddisfacenti.

I casi di insuccesso osservati possono essere evitati usando le tecniche seguenti: 1) nei casi acutissimi, iniezioni di batteriofago polivalente; 2) nei casi subacuti o cronici, iniezioni successive di batteriofago monovalente (p. es., batteriofago stafilococcico di origine diversa; vaccina, pus, feci, ecc.). Il medico di laboratorio, una volta in possesso dello stipite infettante, potrà, in vitro, rendere gli stipiti atti alla lisi del germe e così preparare un vero autobatteriofago.

fil.

La terapia del morbillo.

In generale, nei casi di morbillo che si curano nelle famiglie è sufficiente una cura igienica semplice. Nella pratica ospedaliera è assolutamente indispensabile l'isolamento che deve farsi in una camera separata od in un box. È importante assicurare la pulizia e l'igiene del morbilloso, lavandogli la pelle, curandogli le eventuali riniti, congiuntiviti, introdurre nelle fosse nasali dell'olio (g. 15) all'eucaliptolo (cg. 25) od al gomenolo.

Lereboullet (rif. in *Gazz. Osped. e clin.*, 19 luglio 1925) annette molta importanza al metodo di Milne, non tanto per opporsi alla diffusione quanto per prevenire le complicazioni. A tale scopo, si mettono molte gocce di eucaliptolo sopra una compressa sul guanciale, oppure per i più piccoli si spruzza l'eucaliptolo sulla tenda di mussolina sotto cui essi stanno.

È consigliabile la somministrazione dell'acetato di ammoniaca, buono stimolante diffusibile dei bronchi. Si prescriverà:

acetato d'ammonio, g. 4-6;
benzoato di sodio, g. 1-2;
sciroppo di etere;
sciroppo di fiori d'arancio, ana g. 40;
acqua distillata q. b. per g. 150.

Come calmante per tosse, l'A. consiglia la tintura di drosera, da somministrarsi da 20 a 40 gocce, 2-3 volte al giorno. A malattia finita, si daranno dei ricostituenti: glicerofosfati, sciroppo iodo-tannico, chinacei, ecc.

Se il morbillo semplice guarisce sempre ed in 8 giorni, tutto è finito, vi sono le forme gravi e le complicazioni. Fra le prime sono da menzionare quelle nervose, in cui è consigliabile l'iniezione di 20-30 cmc. di siero di convalescente solo però nei grandicelli e negli adulti; nelle forme emorragiche, rare, si applicheranno le solite medicazioni (cloruro di calcio, succo di limone, opoterapia epatica); in quelle con catarro soffocante fin dall'inizio, si daranno i bagni freddi o raffreddati, gli impacchi umidi ed una terapia stimolante energica.

Il morbillo nella pratica ospedaliera offre quasi sempre complicazioni. Nella gangrena della pelle, si userà l'acqua di Alibour od il blu di metilene; nel noma e nella gangrena della bocca, il blu di metile a 1/20 e, se questo fallisce, gli arsenobenzoli. Nelle suppurazioni secondarie si applicherà la vaccinoterapia antistafilococcica. La complicazione della difterite si previene con l'iniezione di siero antidifterico da farsi all'entrata nel padiglione. Nella pratica privata si farà l'iniezione al primo sospetto. Le laringiti, per lo più di tipo stridulo, si tratteranno con impacchi caldi sul laringe e con dei calmanti; utile è il benzoato di benzile (20-30 gocce al giorno), e così pure l'antipirina od il bromuro; in particolare modo si deve evitare l'intubazione.

Gravissimo è l'associarsi della scarlattina con il morbillo, perciò non saranno mai abbastanza rigorose le misure di profilassi.

Tenuto conto poi che il morbillo apre spesso la via alla tubercolosi, si provvederà a mandare il convalescente il più che possibile all'aria libera e ad aumentare in lui la resistenza organica.

fil.

Sull'amebiasi.

Nel *Tropical Diseases Bulletin* (settembre 1925) viene riferito un metodo di Drbohlav per coltivare le amebe patogene. Egli si vale di un substrato solido (agar-sangue, o uovo intero, emulsionato in liquido di Locke, e coagulato) sterilizzato in autoclave, al quale aggiunge un mezzo liquido, consistente in siero inattivato mezz'ora a 56°, diluito otto volte con liquido di Locke, e filtrato. Porta il materiale (feci, ecc.) nel fondo del tubo, con una pipetta, e coltiva aerobicamente in termostato. Ne viene una cultura mista, di amebe e batteri. Le amebe si sviluppano al 2° o 3° giorno, e devono essere subito trapiantate:

esse si nutrono dei batteri, però, se si introducono emazie nel terreno, sono subito fagocitate dalle amebe. Le amebe conservano la loro virulenza pei gattini.

Il metodo vale anche per altri protozoi patogeni. Il terreno deve avere una reazione pH=7.2-7.8 che di solito si trova ad avere al termine della preparazione, senza bisogno di correzione.

Clark (ibidem) riferisce sulla sede delle lesioni in 186 casi di amebiasi venuti a morte. In 95 casi vi era ascesso epatico, in 64 colite ulcerosa senza ascesso epatico, in 27 casi altre lesioni. Generalmente era preso tutto il colon. In parecchi casi le ulceri, in varia sede, erano perforate. In 19 casi vi era peritonite senza perforazione delle ulceri. In 6 casi vi era ascesso amebico polmonare, in 4 casi ascesso amebico centrale, che generalmente si associava ad ascesso epatico.

L'A. dice che da parecchi anni la dissenteria amebica è in diminuzione.

DORIA.

Sulla cura dell'amebiasi con lo stovarsolo per via orale.

P. Johns e S. Jamison (*Journ. A. M. A.*, 20 giugno 1925), riferiscono di aver trattato con lo stovarsolo per bocca (gr. 0,75 al giorno per sette giorni) quarantasei pazienti di dissenteria amebica. Ventuno guarirono, e non recidivarono nei sei mesi di osservazione, gli altri non mostrarono evidente vantaggio.

DORIA.

IGIENE.

Il riscaldamento e l'umidità delle abitazioni.

L'eccessiva secchezza dell'aria è dannosa alla salute e predispone alle malattie. Ora, nelle abitazioni riscaldate artificialmente, l'aria non contiene quella quantità di acqua che è necessaria per la salute ed il benessere, in quanto che l'umidità relativa dovrebbe essere circa del 50 %, mentre negli ambienti sovrariscaldati la si trova a 25-30 %. In tali condizioni, aumenta la capacità dell'aria per l'acqua, sicchè questa viene assorbita dall'ambiente: dai mobili che si spaccano, dalle piante viventi, che appassiscono e muoiono, dagli esseri umani dai quali l'umidità viene assorbita dalla cute e dalle mucose degli organi respiratori; ne consegue che la prima si dissecca e le vie respiratorie si irritano. Ne viene inoltre diminuita la resistenza generale e la capacità lavorativa, ne consegue stanchezza, insonnia, irritabilità cardiaca e nervosa.

La deficienza di umidità nell'aria predispone alla polmonite ed alle affezioni bronchiali; è una causa comune di catarri, poichè le piccole ghiandole che devono compensare la perdita in acqua sono soggette ad un maggior lavoro. Particolarmente i bambini sono molto suscettibili all'aria secca, si stancano facilmente, hanno facilmente cafalee e disattenzione.

Oltre a ciò, l'aria secca trasporta della polvere. specialmente se l'umidità è inferiore al 30 %, le proprietà irritanti si sommano con l'azione dei germi. Quindi l'aria secca è dannosa per i suoi effetti generali sull'organico, per gli effetti locali sui tessuti e perchè trasporta dei germi.

Si rimedia a questa condizione con l'evaporare dell'acqua negli stessi ambienti riscaldati. I recipienti posti ordinariamente sulle stufe sono però insufficienti alla bisogna. È meglio usare dei larghi recipienti cavi che si pongono sui radiatori; in tal modo si potrebbe anche economizzare del carbone poichè non sarebbe necessario elevare la temperatura ad un grado molto alto.

fil.

Sviluppo del bacillo tifico nelle ostriche.

Jordan di Chicago (*Journal of American Med. Ass.*, n. 19, maggio 1925) ha preso numerose ostriche, le ha divise in quattro recipienti pieni di acqua di mare, ha aggiunto in tre di questi delle culture di bacillo tifico su gelosio di 24 ore; il 4° recipiente serviva di controllo. Dopo un'ora di immersione in quest'acqua infetta le ostriche furono poste una per una in capsule di Petri e poi in ghiacciaia per 30 giorni.

Aperte ed esaminate batteriologicamente in periodi vari, si vide che mentre i controlli erano privi di germi, le ostriche infette contenevano bacilli vitali fino al 34° giorno dopo il contagio, e che i germi però, anzichè essersi accresciuti erano alquanto diminuiti.

I cultori di ostriche ammettono che le ostriche anche se contaminate da tifo si sterilizzano rapidamente se sono poste nelle riserve e bagnate con acqua batteriologicamente pura.

Tonney e White (*Journ. of Am. Med. Ass.*, n. 19, maggio 1925) hanno voluto controllare se ciò fosse vero o no. Hanno con un metodo simile a quello che ho sopra ricordato, infettato delle ostriche, poi le hanno poste in tubi sterili ripieni di acqua pura a varia temperatura. Le esperienze hanno dimostrato che i bacilli persistevano viventi nelle ostriche così trattate fino al 32° giorno del contagio; e sulle conchiglie persistevano fino a 60 giorni. La sopravvivenza dei germi in queste condizioni varia con la temperatura dell'acqua. Nel ghiaccio si è trovato il bacillo di Eberth nelle ostriche per 22 giorni. Il lavaggio anche prolungato nell'acqua pura non ha quindi azione battericida.

L. TONELLI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sulla trasmissione della febbre dengue.

J. F. Siler, M. W. Hall e A. P. Hitchens (*Journ. Amer. Medic. Association*, v. 84, n. 16, 18 aprile 1925), riferiscono sulle esperienze fatte per accertare il mezzo di trasmissione della febbre dengue. Dal loro studio, rimane confermato che il dengue nel 60 % dei casi può essere riprodotto dalla zanzara *Aëdes egypti*. Un paziente affetto da dengue può infettare la zanzara almeno durante i primi tre giorni della malattia; il virus rimane nella zanzara per un periodo non inferiore ad undici giorni prima che la zanzara stessa possa essere infettante; tale infettività, poi, permane a lungo nella zanzara, probabilmente per tutta la sua vita.

Si può invece escludere che veicolo dell'infezione sia il *Culex quinquefasciatus*. Risulta poi che il dengue lascia una certa immunità, poichè il 58 % degli individui che avevano sofferto un attacco di dengue non hanno per nulla risentito l'iniezione di sangue prelevato dai pazienti nei primi giorni di malattia; negli altri, la malattia fu più breve che di solito (una media di giorni 2.8 invece di 4.8).

La somiglianza nel meccanismo di trasmissione fra il dengue e la febbre gialla suggerisce la possibilità che l'organismo che provoca le due malattie appartenga allo stesso gruppo. Ambedue sono date da virus filtrabili che sono presenti nel sangue periferico ed ambedue sono prodotte dall'iniezione del sangue o del filtrato; ambedue, nelle condizioni naturali, sono trasmesse soltanto dalla puntura della *Aëdes egypti* (*Stegomya fasciata*); il meccanismo dell'infezione è lo stesso. Il paziente è infettante per la zanzara nei primi tre giorni di malattia; la zanzara diventa infettante soltanto dopo che il virus è rimasto nel suo organismo per circa undici giorni e la zanzara, anche per la febbre gialla, rimane poi infettante per tutta la sua vita.

È desiderabile che tali studi sul dengue vengano continuati ed approfonditi nella speranza di chiarire in tal modo anche l'epidemiologia della febbre gialla. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Vitamine D ed E. — Al dott. G. B. G., da L.:

L'uso ha ormai imposto la designazione di *vitamina D* a un componente minimale dei cibi che facilita la deposizione di calcio nelle ossa; tuttavia Funk aveva già usato la stessa designazione per una sostanza che promuove lo sviluppo dei blastomiceti, detta ora *bios*.

La vitamina D od *antirachitica* è stata a lungo confusa con la A o *antixeroftalmica* (meglio *anticheratinizzante*), perchè, come questa, è solubile nei grassi e perchè l'accompagna in molti cibi, come il tuorlo d'uovo, il burro, l'olio di fegato di merluzzo.

È stata distinta da essa e bene individuata in due modi:

1) Alcuni cibi, come il burro, proteggono efficacemente contro la xeroftalmia (in genere contro la cheratinizzazione delle mucose), ma sono poco o niente attivi contro il rachitismo: il che si spiega ammettendo che essi siano ricchi di vitamina A e poveri della D. Certi vegetali (spinaci, lattuga, ecc.), ricchi della A, sono addirittura mancanti della D.

Viceversa altri cibi, come l'olio di fegato di merluzzo, sono decisamente antirachitici, ma poco o niente antixeroftalmici.

2) Nell'olio di fegato di merluzzo la vitamina A è distrutta rapidamente dall'aerazione (ossidazione), che invece viene tollerata bene dalla vitamina D.

Questa è molto più resistente: viene distrutta solo dagli acidi minerali e dall'azione protratta di alte temperature; risente poco l'azione degli alcali.

I raggi ultravioletti, agendo sul colesterol o sui cibi che ne contengono, fa acquistare loro proprietà analoghe alla vitamina D. Così ci si spiega come i raggi ultravioletti abbiano la nota azione antirachitica. Il latte irradiato, il latte di donne che vivono molto al sole, il latte di mucche portate all'aperto, si arricchisce di vitamina D; ne derivano chiare indicazioni terapeutiche.

La vitamina E promuove la fecondazione, almeno in alcune specie; dà anche origine a prole bene sviluppata e rende più copiosa la secrezione lattea. È stata detta vitamina *della fecondazione, della riproduzione, antisterile, sostanza X, vitamina X*. Ne è facile la dimostrazione: topi cui si somministrano principî plastici ed energetici puri e, in aggiunta, sali inorganici e piccole quantità di cibi ricchi delle altre vitamine, possono non riprodursi normalmente; basta l'aggiunta di tracce di alcuni cibi naturali, perchè la fecondabilità si ripristini: interviene dunque un altro fattore minimale. Nei maschi la carenza di E produrrebbe alterazioni degenerative dei testicoli; nelle femine solo disturbi funzionali di tutti gli organi della riproduzione.

Il cibo più ricco di vitamina E è il germoglio dei chicchi di frumento; se ne trova anche nei semi di cotone, nelle ulive e nell'olio d'ulive, nelle foglie verdi. È la più stabile di tutte le vitamine: non è distrutta da acidi forti nè da alcali nè da alte temperature.

Le vitamine fin'oggi riconosciute sono, dunque, cinque: A = antixeroftalmica (anticheratinizzante, biosterina); B = antineuritica (antiberiberica, acamnina); C = antiscorbutica (emulina); D = antirachitica; E = antisterile.

L. VERNEY.

La reazione di Jefimov nell'elmintiasi. — Al dott. G. Cayre da Viù:

La reazione preconizzata da Jefimov (*Vracebnaia Gaseta*, 1906) consiste nell'aggiungere a 10 cmc. di urina emessa di recente 5-10 gocce di soluzione di nitrato mercurico, portando poi ad ebollizione. L'urina normale diventa lattescente e dà un precipitato bianco; nel caso di elmintiasi si avrebbe invece un precipitato grigio fino a nerastro.

L'individuo non deve aver preso medicamenti da qualche giorno e ciò allo scopo di evitare errori.

La reazione sarebbe dovuta alle tossine segregate dai vermi ed eliminate con le urine.

La soluzione di nitrato mercurico indicata da Jefimov è quella officinale; può quindi servire quella indicata dalla nostra farmacopea che si ottiene nel modo seguente. Si scaldino moderatamente 2 p. di mercurio in 3 di acido nitrico diluito con 1 p. di acqua fino a che si sia ottenuta una soluzione completa ed il liquido non presenti più intorbidamento con acido cloridrico (mancanza di nitrato mercuroso). In seguito si diluisce fino alla densità 2,250.

Non risulta però che l'attendibilità di tale reazione sia stata confermata. Come osserva P. Simonin (*Les Toxines vermineuses*, Nancy, 1920) le prove di tal fatta sono state ancora poco studiate e sebbene seguite rigorosamente secondo le tecniche indicate danno risultati troppo incostanti perchè si possa loro accordare un valore patognomonico serio.

fil.

Al dott. D. C., da V.:

Indirizzo dell'Istituto vaccinazione antitubercolare (metodo Calmette): « Casino ex Dazio, Guardia Medica di Porta Venezia, Milano ».

L. SP.

Al dott. F. R., da F.:

Non esistono in Italia Istituti di ricovero per ragazzi poveri dementi.

Presentemente sono ricoverati nei comuni Manicomi, dove però vengono raccolti in reparti specializzati.

A. P.

VARIA.

Il fallimento dell'odontoiatria americana.

Per odontoiatria americana intendo quella che si basa quasi esclusivamente sul tecnicismo. Essa è sorta, infatti, a Baltimora nel 1838, in seguito al rifiuto di quella Facoltà di medicina di accogliere fra i propri insegnamenti quello della odontoiatria. Fu costituita allora la prima scuola autonoma di questa specialità, completamente indipendente dagli studi medici. Il divorzio fu sin d'allora completo, assoluto. Nelle Facoltà mediche non si insegnò l'odontoiatria e al medico non si permise di compiere alcun intervento inerente a questa specialità. Chi voleva occuparsene, doveva seguire il corso *ad hoc* nella scuola autonoma (alla quale si accedeva coi titoli dell'istruzione inferiore o media) e conseguire il diploma di dottore in chirurgia dentaria (D. D. S.).

Il sistema s'impose presto a tutti gli Stati Uniti d'America, così che oggi essi posseggono, fra buone e cattive, circa 50 scuole.

Conseguenza di questi fatti? L'odontoiatria crebbe ignara di medicina e dedicò tutte le sue forze e le sue risorse a sviluppare il lato tecnico della specialità raggiungendone i fastigi. Meraviglioso edificio scintillante d'ori, d'argenti e di smalti, ma dalle basi di creta. Il dente, impiantato nel mascellare, fu trattato come un blocco d'avorio fissato in una morsa e tutti gli ardimenti furono tentati per *restaurare* le lesioni causate dalla carie.

Tutto ciò continuò fra l'ammirazione del mondo, finchè la medicina si mantenne assente. Ma un bel giorno essa volle ficcare il naso nelle faccende dell'odontoiatria. Non che ne avesse gran voglia, ma vi fu costretta avendo osservato una stretta relazione fra le malattie dentali e alcune forme patologiche generali. Pazienti pei quali si era cercato invano da anni sollievo in tutte le risorse dell'arte, guarivano come per incanto togliendo loro dei denti infetti. La rivelazione più grave fu che queste infezioni non erano tanto il prodotto spontaneo della carie, quanto la conseguenza delle manovre del dentista dirette a salvare il dente dalla carie stessa. La cura dei canali delle radici — la spina dorsale della terapia odontoiatrica conservativa, intorno alla quale sono corsi fiumi di parole e di inchiostro, che ha affaticato le menti dei più celebri odontoiatri americani, che ha creato metodi giudicati degni di fare epoca nella storia della specialità — fu considerata la fonte di così grave danno. Il dentista, ignaro di medicina, non se n'era mai ac-

corto, pago di un solo risultato: aver liberato il paziente dal dolore. Ma quel dente non più dolente covava al di là del forame apicale della sua radice l'infezione introdottavi molto spesso da un tecnicismo cieco e spavaldo, che credeva lecito tutto osare, ritenendosi sicuro fra le eburnee pareti di quel suo dominio, senza tener conto, nella propria ignoranza medica, di quella terminale finestra aperta su tutto il mondo della patologia. Fu la scuola dei Mayo a gettare l'allarme e il campo odontoiatrico fu messo a rumore. Il maestro sommo di questo speciale tecnicismo, che alla cura dei canali radicolari ha dedicato tutta la sua esistenza professionale — il dott. Rhein — scriveva allora sconsolatamente: « Tutti i nostri metodi sono da mutare ». Dopo sessant'anni di sforzi!

La *débacle* della cura dei canali ha trascinato nella sua rovina un altro meraviglioso edificio che era la gloria e il vanto dell'odontoiatria americana: gli apparecchi in oro, le corone, cioè, ed i lavori a ponte che abbelliscono ormai i sorrisi dell'intera umanità. La devitalizzazione dei denti da rivestire d'oro, la loro fissità coatta negli apparecchi a ponte, i recessi da questi creati ai detriti alimentari costituiscono altrettanti fattori di una setticità orale, che neutralizza i benefici funzionali di questi lavori. Oggi la reazione contro questa protesi è così viva che in Inghilterra — una nazione che applica i sistemi odontoiatrici americani ma con maggiore prudenza — essa è scomparsa dall'insegnamento delle scuole odontoiatriche (*La Stomatologia*, gennaio 1926).

E non solo gli ori si offuscano, ma anche gli argenti perdono il loro splendore. La relazione recentissima di una Commissione nominata dalla Dental Society of the State of New York perchè indagasse sui risultati delle otturazioni di argento (amalgama d'argento) — le più comuni e diffuse di tutte le otturazioni dentarie — conclude che esse salvano il dente dalla carie purchè sieno perfette, perfezione che si riscontra soltanto nel dieci per cento dei casi, sia perchè essa richiede troppo tempo e quindi troppa spesa, sia perchè la tecnica per conseguirla è spesso irraggiungibile, per lo meno alla generalità dei dentisti. (*Dental Cosmos*, ottobre 1925).

Quanto agli smalti, la scoperta dei cementi silicati, coi quali è possibile fare otturazioni che, per colore e per trasparenza, imitano alla perfezione lo smalto del dente, fu giudicata rispondente nel modo più ammirevole alle aspirazioni estetiche dell'arte dentaria, così che in breve volgere d'anni la diffusione dei nuovi materiali divenne enorme. Ma la generale soddisfazione non tardò ad essere turbata dalla osservazione, sempre più frequente e impressionante, che sotto questi cementi, per ragioni non ancora perfettamente accertate, la polpa dentaria muore.

Così a poco a poco quelli che furono i meriti della odontoiatria americana svanirono alla luce del controllo medico.

Rimedio a questa situazione? Uno soltanto: il dentista deve essere medico, non soltanto nel senso di possedere la laurea in medicina, ma in quello ben più importante di giudicare e operare sempre con una mentalità da medico. Allora il fattore vitale si imporrà sempre in ogni suo atto ed egli dirigerà i propri sforzi verso la prevenzione della carie dentaria, cercando di influire sui fattori che contribuiscono allo sviluppo e alla diffusione di questa malattia. Ciò richiederà certamente del tempo. Frattanto egli andrà predicando la necessità di curare la carie nei suoi stadi iniziali, prima che la compromissione della polpa dentaria renda ogni intervento vano o dannoso.

L'America è consapevole di questi fatti. Ormai i *leaders* dell'odontologia nordamericana ammettono la necessità di un cambiamento d'indirizzo (*Dental Cosmos*, novembre 1924) o invocano decisamente che il dentista sia medico e che ad ogni medico si insegni l'odontoiatria (*Dental Items of Interest*, ottobre 1925). È il concetto ispiratore della legge italiana (R. D. 16 ottobre 1924, n. 1755, convertito in legge dalla Camera dei Deputati il 12 dicembre 1925), che sta facendosi strada anche nella culla dell'autonomismo odontoiatrico. Senonchè esso per trionfare deve vincere la fitta rete di interessi economici creatasi attorno alla secolare istituzione dei *Dental Colleges*. Occorre trovare un compromesso che salvi il principio scientifico senza demolire d'un colpo ciò che hanno prodotto cent'anni di feconda attività. A questo scopo lavora l'Associazione Stomatologica Americana, la quale dichiara di accettare i principî della attuale legislazione odontoiatrica italiana: 1) l'odontoiatria è un ramo della medicina, che deve essere trattato alla stregua di tutte le altre specialità mediche; 2) l'odontoiatria deve essere insegnata a tutti i medici; 3) i medici, che vogliono dedicarsi esclusivamente a questa specialità, devono seguire un corso biennale post-universitario di perfezionamento. (*The Atlantic Medical Journal*, febbraio 1926).

G. COEN-CAGLI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi del vaiolo.

Una circolare del Ministero dell'interno ai prefetti tende ad assicurare il più regolare assetto dei servizi di profilassi del vaiolo, con particolare riguardo all'impianto nei Comuni dei registri per le prime vaccinazioni e per le rivaccinazioni allo scopo di agevolare il controllo sul servizio vaccinico da parte dei medici provinciali; nelle località ove il servizio non ha dato sufficiente sicurezza di rigore e di regolarità, è prescritta una revisione completa allo scopo di mettere in evidenza le inosservanze; è disciplinato il controllo degli esiti delle vaccinazioni; s'insiste sulla necessità di una perfetta tecnica vaccinale.

Cronaca del movimento professionale.

Per una cassa-pensione dei medici liberi professionisti.

Il Direttorio Sindacato nazionale medici liberi professionisti (Sezione Torino) si è riunito sotto la presidenza del segretario provinciale dott. Amati per discutere sul tema: « Istituzione della Cassa di Previdenza per le pensioni ai medici liberi professionisti ». Il relatore dott. Condio, dopo avere in breve sintesi ricordati vari modelli di Cassa pensioni già esistenti ed avere accennato al progetto per l'Istituto generale di pensione per i farmacisti ed a quello per la Cassa di Previdenza per gli avvocati e procuratori passa ad illustrare ampiamente il progetto che dovrebbe finalmente dare anche una pensione ai medici liberi professionisti. Dopo la presentazione del progetto per il finanziamento di tale cassa viene approvato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

« Il Sindacato nazionale medici liberi professionisti (Sezione Torino) udita la relazione del prof. dott. Condio sul progetto per l'istituzione di una Cassa per le pensioni per medici liberi professionisti e le loro famiglie, mentre ne approva in massima i concetti fondamentali, fa voti che tutta la classe medica si unisca per lo studio di un progetto definitivo da presentare al Governo, auspicando che questo sia il principio per la formazione di una sola Cassa pensione tra tutti i sanitari del Regno ».

Pel miglioramento delle pensioni ai sanitari.

La Corporazione Sanitaria Nazionale ha presentato il 20 gennaio p. p. un dettagliato memoriale con allegati esplicativi intorno al miglioramento delle pensioni ai sanitari inscritti alla Cassa di Previdenza (legge 19 aprile 1923), esso giunge alle seguenti conclusioni:

1) Non si ritiene equo nè conforme ai precedenti stabiliti per altre classi impiegatizie per l'onere per la sistemazione del personale più anziano debba far carico per intero alla classe.

2) Il gruppo degli iscritti da oltre un decennio sarebbe fra i più sacrificati, ove non si addivenisse ad una riforma della legge 1923, essendo esposto alla riduzione delle pensioni ed alla corresponsione di contributi eccedenti il vero e proprio costo individuale.

Sembra opportuno stabilire che il sacrificio attualmente richiesto agli iscritti ed ai successivi iscrivendi per un ventennio, a partire dal 1923, debba essere esteso ad un maggiore periodo, così da ripartire l'onere relativo al personale più anziano fra un numero sempre maggiore di iscritti. Non avrebbe grande portata finanziaria l'estendere il periodo di prelevamento delle quote eccedenti il costo individuale oltre un trentennio, a partire sempre dal 1923.

Si tenga presente che i nuovi iscritti sono a conoscenza solo delle pensioni risultanti dalla tabella A) allegata al disegno di legge. Il rinunciare all'aumento problematico e non stabilito comunque in antecedenza, che potrebbe risultare dalle quote di contributo eccedenti l'attuale costo unitario, che potessero rendersi libere oltre il ventennio, rappresenta quindi un sacrificio relativamente lieve.

3) Senza variare le ipotesi demografiche e finanziarie assunte come base delle valutazioni contenute nella relazione che accompagna il disegno di legge, tradotto poi nella legge 1923, è possibile ridurre, sia pure in misura non grande, la percentuale di riduzione stabilita dalla legge 1923 nella misura del 40 % da applicarsi alle quote di pensione relative a servizi prestati anteriormente al 1923. Questo, tenendo conto del fatto che dagli Enti vengono corrisposti i contributi per i posti di ruolo anzichè per i sanitari iscritti.

4) È della massima importanza curare il migliore reimpiego delle attività di compendio della Cassa e la limitazione delle spese. È pure importante usare la massima severità nell'accertamento dei posti di ruolo, per i quali deve essere corrisposto il contributo.

5) Una revisione delle ipotesi demografiche è raccomandabile. Una revisione delle ipotesi finanziarie si impone.

Come effetto della revisione di tali ipotesi è da attendersi che la famosa percentuale di riduzione del 40 %, già suscettibile di qualche riduzione, come sopra si è detto, indipendentemente dalla revisione, debba subire ulteriori riduzioni.

6) È consigliabile, in sede di revisione, evitare quelle prudenti calcolazioni per eccesso, di cui vi sono frequenti traccie almeno nelle valutazioni precedenti, che se normalmente possono giovare in quanto creano maggiore solidità alle Casse Pensioni, portano qui una ingiustizia nella distribuzione degli oneri e dei vantaggi nel tempo a tutto favore dei futuri gruppi di iscritti.

*
* *

In data 18 febbraio il sottosegretario di Stato alle Finanze dirigeva al Segr. Gen. della Corporazione Naz. Sanitaria la seguente risposta:

« In relazione ai voti dei medici condotti ed altri sanitari inscritti alla Cassa di Previdenza per le Pensioni, manifestati col memoriale del 20 gennaio u. s. dalla Corporazione Naz. Sanitaria, la Cassa Depositi e Prestiti sta predisponendo un provvedimento per venire incontro, nei limiti della possibilità, ai desiderata degli inscritti.

« Lo schema del provvedimento stesso, che sarà all'uopo predisposto, dovrà essere comunicato al Ministro dell'Interno per il suo parere ».

Per gli orfani dei medici morti in guerra.

L'Opera per l'Assistenza degli Orfani dei Medici morti in guerra è già cominciata da un anno e continuerà fino al 1942, epoca in cui avranno conseguito i titoli di studio superiore necessari per poter da soli affrontare le asprezze della vita. Circa sessanta Ordini dei medici hanno risposto all'appello inviando la quota di lire 2 annue per ogni medico iscritto, ma purtroppo per far fronte a tutte le domande di posti gratuiti in Istituti o di assistenza in famiglia occorre chiedere ancora alla generosità dei colleghi altre offerte ed a tal uopo il Comitato ha lanciato questo nuovo appello sul Bollettino della Federazione Medica:

« L'appello che oggi lanciamo dalle colonne di questo Bollettino che necessariamente riflette i riverberi delle lotte della travagliata classe nostra, è di quelli a cui tutti, in un'armonia di consensi, come in un'oasi di pace, dovranno rispondere presente.

« La voce è insistente, tenace perchè alimentata da quei sentimenti di umana poesia e di civica pietà che suscitano i bimbi bisognosi di aiuto.

« Sono 45 bimbi dei nostri colleghi morti in guerra che già da questo primo anno usufruiscono di borse di studio e di posti gratuiti all'Istituto Convitto di Perugia.

« I colleghi che, come noi, in guerra vissero non per ferire ma per sanare, costretti a comprimere nel proprio petto il valore per lasciar posto solo all'amore, nell'ora magnanima, nel pensare alla sposa lontana, alla piccola dolce creatura del proprio sangue, commisero a noi superstiti il sacro còmpito dell'assistenza.

« Ed essa è già cominciata. Ma, purtroppo, le spese sono ingenti e molti Ordini dei medici restano tuttora sordi ai reiterati appelli. E noi non ci stancheremo di chiedere, perchè siamo ben convinti che, per la maggior parte, è la sola noia di rispondere, di fare il vaglia, che spiega il silenzio. Non chiediamo che sole lire 2 all'anno fino al 1942, oppure lire 40, una volta tanto, quale affrancazione dalla quota stabilita.

« Quest'oggi apriamo adunque la sottoscrizione sul nostro giornale e siamo sicuri che il nostro appello sarà coronato da successo. Le somme vanno indirizzate: Segreteria del Comitato Assistenza Orfani di Guerra - Sanatorio Militare - Anzio (Roma), ed i nomi saranno pubblicati su questo Bollettino.

« A voi adunque colleghi!... quest'opera, che ha un contenuto profondamente etico e nobilmente educativo, sarà di buon auspicio per le fortune morali della nostra classe. La gara benefica è aperta ».

1° Elenco della Sottoscrizione.

Gli allievi aspiranti al grado di tenente in S. A. P. della Scuola di sanità militare in Firenze (nel 1° giorno del corso) . .	L. 310
Generale medico Francesco Della Valle .	» 40
Sen. prof. Luigi Simonetta	» 40
Prof. Pietro Gallenga	» 40
Dott. cav. Guido Ancona (Venezia) . .	» 40
Cap. med. Federigo Bocchetti	» 40
Dott. Carlo Ravani (Grandola) in memoria del compianto fratello ten. col. Corrado	» 40
Ordine dei medici di Roma (offerta spontanea in conseguenza di una vertenza professionale risolta tra il dott. G. F. e il sig. K. B.)	» 300
La Federazione Italiana Medici Infortunisti (Sez. Toscana) per onorare la memoria della sig.ra Maddalena Maffei Leoncini in ricorrenza del trigesimo della sua morte	» 100
Dott. Guglielmo Rolle (Brozzole)	» 10
Dott. Raimondi Socrate	» 2
Ordine dei medici di Parma (per onorare la memoria del Dott. Antonio Giacobbi)	» 100

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABBADIA S. SALVATORE (*Siena*). — 2ª cond.; a tutto il 10 apr.; L. 6500 e doppio c.-v.; 3 trienni ventes.; L. 6000 dalla Società di M. S. « Monte Amiata ». Età lim. 35 a. Serv. entro 20 gg.

ARQUATA DEL TRONTO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 10 apr.; età lim. 35 a.; L. 8000 e 10 bienni ventes. pel 25 % popolaz.; addiz. L. 5 fino a 1000 iscritti, L. 4 oltre; L. 500 indenn. laurea; L. 3200 cavalc. per la generalità; tassa L. 50.

BENGASI. *Municipio*. — Ufficiale sanitario. Scad. 20 apr. Vedi fasc. 8.

CASATISMA (*Pavia*). — A tutto il 10 apr., consor. 3 com.; L. 13,000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 uff. san., L. 500 ambul. e oltre c.-v.; età lim. 40 a. Serv. entro due mesi. Certif. penalità e moralità a 6 mesi; sana costit. a 3 mesi.

COMUNANZA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 aprile; capoluogo; L. 8500 oltre L. 2700 cav.; 5 quadrienni dec.; L. 500 indenn. laurea; L. 600 se uff. san. Tassa L. 50.25.

FIRENZE. *Ospedale di S. Giovanni di Dio*. — Direttore chirurgo primario; proroga al 10 apr.; saranno ammessi al concorso tutti i laureati che al 1° ottobre 1925 non abbiano superato gli anni 44; i meriti militari a parità di titoli saranno valutati in base ai RR. DD. 30 sett. 1922 e 28 gen. 1923.

Aiuto di chirurgia; L. 5250 oltre indennità chirurgica in L. 1200 e due c.-v.; età lim. 35 a. Scad. ore 16 del 15 apr. Nom. e conferma biennali.

PENNA S. GIOVANNI (*Macerata*). — A tutto il 5 apr., due cond.; collina; kmq. 20; ab. 3426 di cui 500 nel capol.; iscritti circa 300; L. 9000 e 3 quadrienni dec.; ricostruz. carriera; due c.-v. detratte L. 780; per cavalc. L. 2500; ad uno dei sanitari L. 600 uff. san., all'altro L. 600 direz. Ospedale. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10.

POSTIGLIONE (*Salerno*). — Scad. 10 apr.; L. 7000 pel 20 % popolaz.; addizion. L. 5; quattro quadr. dec.; L. 500 serv. detenuti; L. 500 uff. san.

RECANATI (*Macerata*). — Per Montefiore Bagnolo; kmq. 31 in collina; ab. 4055; L. 8000 e 3 aum. decimo; riconosc. parz. serv. altri Comuni; L. 2500 cav.; in corso aum. 1/10 e addizion. L. 3 oltre 1/10 della popolaz. Età lim. 35 a. Tassa L. 50. A tutto il 15 aprile.

ROMA. *Manicomio Provinciale*. — Tre medici assistenti, di cui uno per la sede di Roma e due per le succursali. Stip. iniziale del grado 9ª categoria. Scad. 30 apr. Rivolgersi ufficio segreteria dell'Amministr. provinc., via Tre Novembre 119-A (Palazzo della Provincia).

SENIGALLIA (*Ancona*). *Ospedale Civile*. — Chirurgo direttore; L. 10,000 e 12 bienni ventesimo per serv. ai poveri; L. 2000 direz. osped.; 1° c.-v.; L. 2000 eventuale servizio poveri fuori ospedale. Ab. 25,473; iscritti circa 5000. Età mass. 40 a. Tassa L. 50.15 all'esattore della Federaz. delle Opere Pie di Senigallia. Serv. entro 20 gg. Chiedere annunzio. A tutto il 12 aprile.

VALLE DI CADORE (*Belluno*). — Consorzio con Cibiana, a tutto 20 apr.; L. 10,000 per 1000 pov.; addizionale per altri 200, L. 5; dai 200 ai 400 L. 3; per i rimanenti L. 2; un c.-v.; indenn. alloggio L. 1500; indenn. trasp. con cavallo od automobile L. 3500; se investito funzione uff. san. L. 500; 5 quadrienni decimo. Montagna con strade carreggiabili. Abitanti 4979. Tassa L. 50.

VIGHIZZOLO D'ESTE (*Padova*). — Scad. 10 aprile; L. 10,000 fino a 1000 iscritti; 5 quadrienni dec.; c.-v.; per trasp. indenn. variab. col mezzo; per ambul. L. 600 a rifusione spese; se uff. san. L. 500. Tassa L. 50.15. Alloggio con giardino, stalla e rimessa verso fitto di L. 1000.

VITERBO. *Ospedale Grande degli Infermi*. — Due med.-chir. aiuti; scad. 31 mar.; età lim. 35 a.; L. 8500 oltre c.-v. in L. 1200, camera, vitto nei giorni di guardia. (L'annunzio ci è stato rimesso con ritardo).

VITULAZIO (*Caserta*). — L. 7000 e c.-v.; età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Chiedere bando Comune. Scad. a 30 gg. dall'8 marzo.

CONCORSI A PREMI.

Concorso « Famiglia Sanitaria ».

« La Famiglia Sanitaria » di Milano apre un concorso a premi fra medici pratici sui quesiti seguenti: « Quale contributo alla difesa sociale contro la tubercolosi crede ella di poter esigere e quale all'atto pratico è riuscito finora ad ottenere, e con quali mezzi: *a*) dal tubercoloso stesso; *b*) dalla famiglia con cui convive; *c*) dall'ambiente in cui lavora o dimora (opificio, ufficio, scuola, collegio, ospedale, prigione, ecc); *d*) dalle Autorità; *e*) dalle Opere di beneficenza ».

Le risposte, che debbono essere singole per ogni singolo quesito, possono avere qualunque estensione, e dovranno essere spedite alla « Famiglia Sanitaria » entro il 30 giugno 1926. Esse saranno esaminate da una commissione composta dai sigg.: prof. comm. Ernesto Bertarelli, insegnante di igiene all'Università di Pavia; prof. Umberto Carpi, medico primario dell'Ospedale Maggiore di Milano; prof. Carlo Galassi, direttore delle Opere Antitubercolari di Terni.

Le risposte ritenute adatte per la diffusione saranno riunite in opuscolo che verrà mandato a tutti i partecipanti al concorso, e quella che sarà giudicata migliore verrà premiata con un assegno di L. 1000. Così pure sarà assegnato un premio di L. 500 a ciascuna delle altre otto che seguiranno in ordine di merito: ed esse saranno, insieme alla prima, pubblicate dalla rivista « La Famiglia Sanitaria ».

Premio Zoja.

La Ditta Zoja di Milano bandisce un concorso a premi per lavori di terapia. Il complesso dei premi sarà di L. 15,000 (con un primo premio di lire 5000). Ciascun lavoro sarà contrassegnato da un motto, e potrà essere corredato da grafiche, fotografie, documentazioni varie ecc.

Le modalità del concorso, che si chiuderà il 1° dicembre 1926, e che sarà giudicato da una Commissione di professori universitari, saranno inviate, raccolte in apposito « Regolamento », a quanti ne facciano richiesta alla Casa Giorgio Zoja, via Vallazze, n. 37 - Milano (32).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Società Russa di Microbiologia ha nominato socio onorario il prof. Giuseppe Sanarelli, della Università di Roma, e gli ha inviato in omaggio un indirizzo sottoscritto da 32 fra i più eminenti rappresentanti della scienza medica russa, tra i quali N. Gamaleia, N. Tchistovitch, D. Zabolotny, L. Tarassevitsch, A. Wladimoroff, I. Schwatschenko, A. Eyoroff, D. Omeliansky, B. Ebert, A. Filaretoff, ecc.

Su proposta del Capo del Governo S. E. Mussolini, il gr. uff. prof. dott. Eugenio Cassini è stato nominato commendatore nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Al nostro amico vivi, sentiti rallegramenti.

Il dott. Giuseppe Giordano, già nostro apprezzato collaboratore, ha conseguito la libera docenza in patologia speciale medica dimostrativa discutendo il tema: « La sifilide del Midollo spinale » e trattando come argomento di lezione il Linfogranuloma maligno. Congratulazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

V Viaggio d'istruzione per medici alle stazioni idrominerali.

Dal 1° al 10 luglio avrà luogo il 5° V. I. M., organizzato dall'ENIT per diffondere tra i medici italiani la conoscenza diretta delle nostre stazioni idrominerali.

Il viaggio avrà inizio a Milano e termine a Torino. Saranno visitate le seguenti stazioni idrominerali: Bagni di Bormio, S. Caterina Valfurva, Bagni del Masino, Bognanco, Prè-Saint-Didier, Courmayeur, Valdieri e Vinadio.

Esso avrà luogo parte in treno speciale e parte in automobile: vi sarà inclusa anche una gita al Piccolo S. Bernardo. In ogni località verrà tenuta una conferenza medica illustrativa, cui farà seguito la visita agli stabilimenti di cura.

La quota d'iscrizione è stabilita in L. 950, comprensive d'ogni spesa di viaggio e soggiorno. I partecipanti godranno di un biglietto a tariffa ridotta per il viaggio dalla loro residenza a Milano, e da Torino alla residenza.

Le iscrizioni saranno chiuse il 31 maggio 1926: esse si ricevono dall'Ente Nazionale Industrie Turistiche, via Marghera 6, Roma.

VIII Congresso medico calabro-siculo.

Si adunerà a Messina dal 28 al 30 aprile; presidente del Comitato d'onore è il comm. Livoli, commissario prefettizio di Messina; presidente del Comitato ordinatore il prof. Erasmo Scimeni.

Convegno dell' Associazione Internazionale di Idrologia Medica.

L'Associazione internazionale di idrologia medica terrà quest'anno il suo convegno annuale in Cecoslovacchia dal 16 al 22 aprile. Sono invitati a parteciparvi oltre ai membri dell'Associazione stessa anche, in numero limitato, gli altri medici interessati agli studi idrologici ed alla visita delle principali stazioni balneari della Cecoslovacchia. Saranno concesse speciali facilitazioni di viaggio e di soggiorno.

Per informazioni rivolgersi all'Honorary Secretary International Society of Medical Hydrology, 36, Devonshire Place, London. W. I.

Programma del Convegno: venerdì 16 aprile 1926: Karlsbad. Tema di relazione: « La cura delle affezioni epatiche con le acque ed i bagni », relatori: Simon Ermann-Kraus e Glenard — Sabato 17 aprile: Marienbad. Tema di relazione: « La cura di Spa nei disordini endocrini », relatori: Max Forges ed altri. — « La cura balneare dell'ipertensione arteriosa », relatore Pflanz ed altri. — Domenica 18 aprile: Franzensbad. Relazione: « La tutela delle sorgenti minerali », rel. Zörkendörfer. — « Le cure ginecologiche », N. N. — Lunedì 19 aprile: Praga. Ricevimenti e sedute. — Martedì 20 aprile: Pistany: Relazione sul reumatismo, dei dottori Schmidt, Cmunt e Veres. — Relazione sui fanghi termali, del dott. Reichart, del prof. A. Vinaj, dei dottori Astori, di Tommasi e Piccinini. — Mercoledì 21 aprile: Visita a Tatra.

Rappresentante per l'Italia è il prof. A. Vinaj, della R. Università di Milano.

Congresso tedesco di urologia.

Si adunerà nella casa di Billroth a Vienna (IX, Frankgasse 8) dal 30 settembre al 2 ottobre.

Temi di relazione: 1) L'anuria: sua patologia, farmacologia e terapia; 2) Le neoformazioni maligne della vescica, loro patogenesi e terapia. Al Congresso sarà annessa una esposizione di strumenti, apparati e medicinali.

Istituzione di un Ente Nazionale per l'organizzazione scientifica del lavoro.

La Confederazione generale dell'Industria Italiana ha deliberato l'istituzione di un Ente Nazionale per l'organizzazione scientifica, dotandolo dei fondi necessari al suo primo funzionamento.

L'Ente ha lo scopo di promuovere, coordinare e diffondere gli studi e le iniziative tendenti ad ottenere un'applicazione razionale e scientifica nell'ordinamento del lavoro.

Oltre a valersi dell'opera degl'Istituti che in Italia già si occupano dell'importante problema, l'Ente metterà a disposizione delle aziende i risultati dell'esperienza e degli studi che in questa materia si sono già fatti in Italia e all'estero, proponendosi d'altra parte di compiere per proprio conto gli esperimenti necessari a dare agli interessati la possibilità pratica di constatare i vantaggi tecnici ed economici dell'ordinamento scientifico del lavoro e di introdurre l'ordinamento stesso nelle aziende.

Il regolamento dell'Opera per la maternità.

Il ministro dell'interno, on. Federzoni, ha ricevuto la Commissine incaricata di preparare il regolamento per l'esecuzione della legge 10 dicembre 1925 sulla protezione e assistenza della maternità e dell'infanzia.

Il presidente sen. Marchiafava ha presentato il progetto di regolamento già predisposto dalla Commissione, il quale consta di oltre duecento articoli e regola il funzionamento della nuova Opera per la protezione della maternità e dell'infanzia, delle federazioni provinciali e dei comitati di patronato, nonchè l'organizzazione dei vari e complessi servizi di protezione e assistenza.

Per il corso di perfezionamento sulle malattie professionali a Napoli.

Il presidente della C. R. I. ha accordato alla Clinica delle malattie professionali un premio di L. 500 per chi maggiormente meriterà fra gli ufficiali della C. R. I. che frequentano il corso di malattie professionali che si è iniziato il 25 gennaio e si è chiuso il 25 marzo corr. Detto corso si è svolto a Napoli presso la detta Clinica nell'Ospedale Gesù e Maria, nelle ore pomeridiane (dalle 15 alle 17).

In occasione di tale offerta il rettore prof. Bottazzi, con una nobilissima lettera diretta al direttore generale della C. R. I., così ringrazia la benemerita Associazione:

« Accuso ricezione della lettera sopra segnata e prego la S. V. di voler accogliere ed esternare al Comitato centrale della C. R. I. i miei più vivi ringraziamenti per il premio di L. 500 messo anche per quest'anno a disposizione di questo Rettorato da conferirsi ai medici risultanti ufficiali della Croce Rossa Italiana, che abbiano frequentato durante l'anno il corso di perfezionamento presso la Clinica delle Malattie professionali e si siano dimostrati i migliori del corso stesso.

« Questa nobile iniziativa intesa ad accrescere negli studiosi della medicina la loro cultura costituisce per cotesto Comitato un merito incalcolabile degno della più alta considerazione ».

Scuola di specializzazione in Clinica Oto-rino-laringoiatrica.

La Scuola di specializzazione in clinica oto-rino-laringoiatrica presso la R. Università di Roma, diretta dal prof. Gherardo Ferreri, ha la durata di tre anni: si inizierà il 1° aprile 1926.

Gl'inscritti (non più di otto, non meno di sei) hanno l'obbligo di frequentare il Corso ufficiale di oto-rino-laringoiatria e le speciali conferenze ed esercitazioni che saranno loro destinate. Per il corrente anno scolastico 1925-26, dato il ritardo nell'inizio della scuola, i corsi saranno accelerati, ma in modo che siano completati i singoli insegnamenti.

Se il Consiglio Superiore della P. I. approverà la proposta del nuovo Statuto, la scuola sarà limitata a due anni.

Tassa d'immatricolazione L. 300; tasse annuali L. 950; sopratassa di diploma L. 75. Chiedere l'annunzio alla segreteria.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Dal 14 al 27 giugno avrà luogo presso la Facoltà medica di Vienna il 21° Corso internazionale di perfezionamento; sarà consacrato alla tubercolosi, con speciale riguardo alla terapia; dal 28 al 3 luglio seguiranno esercitazioni di seminario sullo stesso argomento; contemporaneamente nella 2ª Clinica medica si terranno conferenze su vari temi della medicina. Il 22° Corso internazionale si terrà dal 27 settembre al 9 ottobre; concernerà i problemi attuali della medicina con speciale riguardo alla terapia; sarà destinato ai medici rurali (condotti). Corsi speciali nei singoli rami della medicina hanno luogo mese per mese. Chiedere informazioni e programmi all'indirizzo: Dr. A. Kronfeld, Sekretär der Internationalen Fortbaldungskurse, Porzellangasse 22, Wien IX.

Fondazione Carlo Forlanini.

Si è costituito il nuovo Consiglio Direttivo della Fondazione Carlo Forlanini, che si propone di promuovere gli studi e le ricerche sulla tubercolosi con speciale riguardo alla tubercolosi polmonare e alla sua terapia.

Il Consiglio Direttivo è così composto: prof. comm. Luigi Zoia direttore della clinica medica della R. Università di Milano, presidente, on. Antonio Stefano Benni vice-presidente, prof. Adolfo Ferrata direttore della clinica medica della R. Università di Pavia, prof. comm. Achille Monti delegato dalla facoltà medica della R. Università di Pavia, prof. comm. Enrico Ronzani direttore dell'Ospedale Maggiore di Milano, dott. Achille Aliprandi primario dell'Ospedale Maggiore di Milano, prof. S. Riva Rocci delegato dalla facoltà medica della R. Università di Torino, dott. Pino Somarelli segretario.

La Fondazione, che ha sede in Milano presso la R. Università (via Commenda 9), inizia la propria attività bandendo un concorso per un premio di L.it. 10,000, per un'opera originale italiana che riguardi la patogenesi, l'anatomia patologica, la sintomatologia, la clinica, o la terapia della tubercolosi polmonare (scadenza 31 dicembre 1926), e promovendo la pubblicazione delle opere scelte di Carlo Forlanini, pubblicazione che sarà certo cara a quanti si occupano della tubercolosi polmonare e varrà a maggiormente mettere in luce la figura nobile del grande studioso e a documentare ancora una volta la priorità italiana della proposta ed attuazione del pneumotorace terapeutico nella tubercolosi polmonare.

Donazioni e lasciti.

Il sig. John Andrus, ottantacinquenne, ha deciso di lasciare circa 55 milioni di dollari, pari a un quarto di miliardo di lire ital., per la fondazione di un istituto per l'infanzia povera di New York.

Il sen. Luigi Albertini, già direttore del « Corriere della Sera », ha donato 2 milioni di lire alla Congregazione di Carità di Ancona per beneficenza.

Ai medici laureati nell'Università di Roma nel 1901.

Seguendo un'antica usanza, i medici laureati in Roma nel 1901 terranno quest'anno il banchetto del 25° anniversario di laurea.

Le adesioni si ricevono presso il dott. Torello Fortini, via Nicolò V, 23 - Roma (45).

Epidemia di morbillo su di una nave.

Una grave epidemia di morbillo è scoppiata a bordo del piroscafo « Belvedere », della Società Cosulich, durante una traversata da Trieste a Buenos Aires. Dei 1313 emigranti imbarcati la metà proveniva dalla Besserabia e i rimanenti dall'Italia, dalla Polonia e dalla Jugoslavia; tutti erano stati assoggettati prima dell'imbarco alla prescritta visita medica. Trenta casi di morbillo ebbero esito letale; riguardavano bambini inferiori ai 4 anni, dei quali 22 non avevano raggiunto i 3 anni; 24 erano della Bessarabia, 3 della Polonia, 2 della Jugoslavia, 1 oriundo dell'Italia (Gorizia).

Vittime professionali.

In una clinica privata di Mosca un paziente, certo Losgatschoff, ha ucciso a colpi di rivoltella il dott. Maisel, che lo aveva curato, il dott. Meiltscharski, dentista, e il direttore, dott. Hirschfeld, poi si è ucciso; in una lettera dichiara di essersi voluto vendicare dei medici che non avevano saputo curarlo.

Nella Clinica ginecologica dell'Ospedale Caterina della stessa città si è svolto un altro dramma sanguinoso: un uomo uccideva a rivoltellate il medico in capo e feriva gravemente il suo aiutante, da lui sospettati di avere abusato della loro posizione nei riguardi di sua moglie.

Il farmacista Carlo Aceti di Saronno è rimasto ucciso dallo scoppio di una bombola di ossigeno.

Sanitarî arrestati in America.

In seguito a domanda dell'autorità federale, sono stati arrestati a New York 27 medici e 6 farmacisti, unitamente a 3 distillatori, per infrazioni alla legge proibizionista perpetrate mediante autorizzazioni abusive di alcoolici, il che fruttava loro ingenti guadagni.

Nel pieno vigore dell'età si è spento il dott. IVO BANDI, professore d'igiene coloniale nel R. Istituto Orientale di Napoli e fondatore di quel Museo d'Igiene coloniale. Peregrinò molto all'estero. Fondò e diresse l'Istituto Pasteur dello Stato di San Paolo nel Brasile. Con il prof. Sclavo fondò l'Istituto sieroterapico e vaccinogeno toscano a Siena. Poi creò a Napoli l'Istituto siero-vaccinoterapico italiano, con intendimenti non solo industriali, ma anche scientifici e didattici. Il suo nome resta legato al metodo dell'agglutinazione nascente, applicato su larga scala alla diagnosi batteriologica del colera. Lascia altri notevoli contributi: sulla sieroterapia antidifterica locale (antitossica-antibatterica), sulla distribuzione della spirocheta della sifilide ecc. Toscano di famiglia, di educazione, di elezione, era nato casualmente in Abruzzo. Fu un uomo probo e leale e un lavoratore di buona tempra. V.

È morto all'improvviso il dott. CARLO FONTANINI, medico di Frassinoro (Modena), già capitano degli alpini più volte decorato, consigliere provinciale. Soffriva di una grave malattia polmonare. Aveva appena 33 anni. Da pochi giorni era diventato padre.

Il dott. ALBERTO LUCCHI di Modena si è ucciso in un momento di sconforto, perchè affetto da grave malattia cardiaca. Era un odontoiatra apprezzatissimo ed aveva coperto varie cariche pubbliche. Contava 53 anni.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 5 Aprile 1926 Fasc. 14

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Contributo alla conoscenza della dissenteria da Balantidium coli

per il prof. PAOLO ALESSANDRINI
primario degli Ospedali di Roma
e il dott. ADRIANO PIATTELLI, aiuto.

La patogenesi degli stati dissenterici in questi ultimi anni si è molto rischiarata; si è visto che accanto ad una dissenteria ad etiologia bacillare ben determinata, quale quella dovuta al bacillo di Shiga e di Flexner, esiste una forma dovuta all'amoeba histolytica. I due tipi rappresentano però una piccola percentuale di tutte le forme che capitano all'osservazione, giacchè qualunque localizzazione ulcerosa nel colon terminale può dare origine alla sindrome clinica in parola: così si possono avere stati dissenterici nella malaria, nella tubercolosi, nella bilarziosi, nella nefrite cronica, nella pellagra, nella difterite, nelle affezioni epatiche, negli avvelenamenti da sublimato e nelle intossicazioni per alimenti guasti, e per infinite altre cause che ancora sfuggono per il dato etiologico. Per quel che si riferisce alle dissenterie da protozoi sicuramente oggi si ammette una dissenteria amebica, determinata dall'amoeba histolytica, mentre quelle dovute ad un aumento di virulenza dell'amoeba coli e della nana sono molto discusse, come pure quelle dovute a flagellati, che secondo molti autori sarebbero ospiti innocui intestinali: un'altra forma protozoaria riconosciuta e bene studiata in questi ultimi anni è quella do-

vuta al Balantidium coli. Sulla dissenteria da Balantidium è stata rivolta poco l'attenzione finora in Italia.

Infezioni da Balantidium sono state descritte in quasi tutte le parti del mondo ed in tutte le zone: in Italia, se togliamo i casi antichi del Graziadei, del Perroncito, del Grassi, del Casagrandi e Barbagallo di recente a noi non risulta che un caso del Lorenzani. Il Sangiorgi ha descritto una nuova varietà di Balantidium in Albania: il Dobell ritiene in questo caso trattarsi di un ciliato libero penetrato casualmente nelle feci. Crediamo perciò utile riferire un caso capitato alla nostra osservazione, riassumendo quello che si conosce oggi sull'argomento.

B. Assunta, nubile, anni 29.

Padre vivente e sano; madre morta per infezione puerperale; nulla nel gentilizio e nell'infanzia degno di nota. Sette anni fa febbri malariche, di cui guarì completamente con chinino. Nessun'altra malattia apprezzabile fino all'attuale. Questa rimonta all'11 giugno, epoca in cui improvvisamente fu colpita da brivido intenso seguito da febbre elevata, cefalea, vomito e diarrea sanguigna e dolori nel quadrante inferiore sinistro dell'addome; il vomito cessò rapidamente, mentre invece il numero delle scariche andò sempre più aumentando e le scariche erano accompagnate da un tenesmo intensissimo.

All'ospedale si riscontrarono condizioni generali gravi, sensorio obnubilato, facies stuporosa, cute pallida, assenza di edemi e di eruzioni. Pannicolo adiposo conservato, scheletro regolare. Al momento dell'esame febbre a 38°,5.

Lingua secca impaniata, leggermente arrossata ai bordi; nulla a carico del faringe, delle tonsille e della tiroide.

Nulla di apprezzabile al torace alla percussione e all'ascoltazione.

Cuore nei limiti con lieve soffio sistolico alla base.

Polso 100 a media pressione, uguale, ritmico.

Addome globoso, fortemente meteorico, poco trattabile, dolente alla palpazione, specie nel quadrante inferiore sinistro, dove non si avverte nessuna formazione abnorme. Non presenza di liquido libero.

Il fegato in alto: ottusità alla 6ª costola sulla emiclaveare, in basso non si palpa. La milza deborda un dito dall'arcata, dura.

Esame del sistema nervoso e dell'apparecchio linfoglandolare negativo.

L'esame rettale dolentissimo dimostra una mucosa increspata, facilmente sanguinante; fuoriesce dal retto uno scolo continuo di pus e di sangue; si introduce perciò una sonda rettale a permanenza e si raccoglie in un vaso il liquido purulento che supera i 200 cmc. giornalieri.

La temperatura i primi giorni fu continuo-remittente; si fece poi intermittente con un massimo serale di 38°.

L'esame delle urine dimostrò traccie di albumina, zucchero assente, nulla di notevole nel sedimento.

L'esame del sangue dimostrò 3,800,000 emazie. Leucociti 12,000; lieve leucocitosi polinucleare neutrofila; assenza di eosinofilia.

Al secondo giorno dall'ingresso all'ospedale nell'esame a fresco del pus rettale si riscontra accanto a corpuscoli di pus in gran parte ben conservati, a emazie e detrito un'enorme quantità di balantidium coli nella forma tipica. Assenza di altri protozoi intestinali.

S'inizia subito una cura di cloridrato di emetina per iniezioni ipodermiche alla dose di 8 cgr. al giorno per 5 giorni. Dopo due giorni dall'inizio della cura le condizioni generali migliorarono rapidamente, la febbre cedette e le scariche si ridussero gradualmente fino ad averne tre o quattro nelle 24 ore.

L'esame delle feci dimostrò già al secondo giorno dall'inizio della cura la scomparsa dei parassiti; anche la somministrazione di un purgante nei giorni successivi non ne mise in evidenza nessuno. Assenza di cisti di balantidiun sia in questi esami che nei precedenti.

Al terzo giorno dall'inizio della cura si potè introdurre il sigmoscopio e si riscontrò accanto ad una mucosa edematosa e ricoperto da un essudato denso facilmente distaccabile la presenza di piccole ulceri a margine scollati lenticolari facilmente sanguinanti, sul tipo di quelle determinate dall'amoeba histolytica; l'esame dell'essudato raccolto direttamente sul fondo delle ulceri non dimostrò protozoi di nessun genere. Molte ulceri erano allo stadio di cicatrizzazione.

L'esame del succo gastrico dimostrò valori di acidità superiori alla norma (acidità totale 70, HCl libero 26); nulla di apprezzabile nell'esame microscopico del contenuto gastrico.

L'esame radiologico gastrico e intestinale non dimostrò nulla di apprezzabile.

L'esame del sangue praticato al momento dell'uscita, dopo 18 giorni di degenza, dette valori normali.

Dopo 18 giorni di degenza la paziente volle uscire dall'ospedale. Non fu possibile trattenere ulteriormente l'inferma, come non fu possibile praticare un ulteriore esame sigmoscopico.

Le feci al momento dell'uscita erano rappresentate da una scarica giornaliera poltacea; non vi si riscontravano protozoi di sorta.

L'anamnesi postuma mise in evidenza che l'inferma lavorava in un laboratorio di seta artificiale; viveva in una specie di collegio, e che nessuna altra delle ricoverate fu colpita da una malattia del tipo di quella presentata dalla nostra paziente.

* * *

Il Balantidium coli o paramoecium è un protozoo del gruppo dei ciliati di grandi dimensioni, che presenta una complessità strutturale notevole; è rivestito da uno strato di cilia che servono per la locomozione; fu scoperto dal Malmsten nel 1856 nelle feci di due individui affetti da dissenteria.

È di forma ovalare e le sue dimensioni vanno da 50 a 70 micron.; ne sono stati descritti esemplari fino alle dimensioni di 200 micron. Ha un

orificio orale permanente di aspetto imbutiforme circondato da cilia più grandi di quelle che rivestono il resto del corpo; ha un meganucleo e un micronucleo e due vacuoli contrattili ritmicamente. Non mi diffondo però sui dettagli strutturali, essendo una forma ben conosciuta e descritta nei minuti particolari in tutti i trattati.

Nell'interno dei vacuoli si osservano le più svariate inclusioni: granuli d'amido, emazie e leucociti, come abbiamo potuto osservare nel caso da noi studiato.

La locomozione del balantidium avviene per mezzo delle cilia; siccome esse sono disposte a spira, il movimento è rotatorio. Esso può cambiare di forma in virtù delle sue miofibrille e quindi può penetrare attraverso strette fessure. Esso si nutre di quegli elementi morfologici che per azione delle cilia orali vengono spinte nel faringe; le sostanze non assimilabili vengono eliminate invariate, come si verifica negli altri ciliati, invece le emazie, i leucociti, le cellule dei tessuti e i batteri subiscono delle trasformazioni nell'interno del parassita e vengono assimilati. Nei tessuti è evidente un'azione necrotica forse determinata dai prodotti del ricambio del parassita, ad essi si deve anche l'azione emolitica riscontrata da diversi autori.

La riproduzione avviene per divisione trasversale in due; prima si divide il micronucleo per mitosi, poi il meganucleo per amitosi e finalmente il protoplasma forma una incisura trasversale da cui risulta la produzione dei due individui figli. È stato anche descritto un processo di sporulazione (Walker); questa gemmazione è oggi molto messa in dubbio, giacchè si è potuto osservare che quella specie di gemma che noi stessi abbiamo visto in molti esemplari nel polo posteriore che richiama l'idea su di una vera gemmazione, non è altro che il residuo del peduncolo che riuniva le forme in scissione. Anche il processo di coniugazione è stato descritto dai primi osservatori e recentemente dal Brumpt; però questo fatto non è stato osservato da altri e richiede perciò ulteriore conferma.

Il fenomeno dell'incistamento è invece ben noto; esso avviene nel lume dell'intestino e tali cisti vengono come quelle degli altri protozoi eliminate dalle feci e servono alla propagazione. L'animale si arrotonda, secerne una parete e dopo un periodo di debole attività rimane in riposo, mentre le inclusioni o sono digerite completamente o vengono eliminate prima dell'incistamento. La cuticola ciliata degenera più o meno completamente. Si osservano corpi rifrangenti irregolari come nelle amebe. Le dimensioni vanno dai 50 ai 60 micron e rappresentano così le cisti più grandi che si osservano nelle feci. Nel nostro caso non abbiamo avuto occasione di osservarle; forse la terapia efficace stabilita fin dall'inizio ha impedito la formazione delle cisti.

Le cisti possono restare in vita per un lungo tempo nelle feci umide, al contrario del parassita che rapidamente degenera e muore fuori dall'ospite.

La via d'infezione del balantidium coli non è ancora chiara ed è intimamente legata all'identità o no del balantidium del maiale con quello dell'uomo.

Per alcuni autori l'infezione avviene direttamente dal maiale e lo dimostra la frequenza della balantidiosi negli allevatori di maiali, macellai: i parassiti arriverebbero nell'intestino umano allo stato di cisti, per poi perdere la parete e svilupparsi quando trovino le condizioni di ambiente favorevoli. Altri invece negano qualunque rapporto genetico tra la balantidiosi del maiale e la umana.

Le idee più recenti però stanno a dimostrare che balantidium del maiale, della scimmia e dell'uomo appartengano alla stessa specie. Contro tale affermazione contrastano le antiche osservazioni di Grassi e Calandruccio, di Casagrandi e Barbagallo, a cui non riuscì d'infettare l'uomo facendo ingerire cisti di balantidium del maiale. Però esistono casi che dimostrano evidentemente tale possibilità di trasmissione. Quello su cui tutti sono d'accordo è che nel maiale il balantidium è un ospite innocuo, che non determina ulcerazioni; nella scimmia invece le ulcerazioni sono identiche a quelle dell'uomo.

L'infezione nel gatto ammessa dal Casagrandi e Barbagallo è stata negata da altri.

Ad ogni modo la possibilità dell'infezione da uomo ad uomo è indiscussa e può avvenire per infezioni dell'acqua, delle verdure o degli alimenti.

*
* *

Dal punto di vista anatomo-patologico tutti gli autori sono d'accordo nel constatare l'analogia che hanno le alterazioni del colon dovute al balantidium e quelle della dissenteria amebica; non sono state però descritte metastasi epatiche, cerebrali e di altri organi come nella dissenteria amebica.

Le alterazioni anatomo-patologiche della balantidiosi sono bene note giacchè esistono cinque casi accuratamente studiati (Solowjew, Klimenke, Askanazy, Jaffé, Danisch) nell'uomo e in due casi nello scimpansé (Christeller).

Nel colon si osservano ulceri che vanno dalle di-

mensioni di una lente a una moneta di due lire, aggruppate, spesso confluenti, a margini irregolari, spesso sollevati. La distribuzione è stata varia. Le ulceri ora sono superficiali, ora si approfondano fino alla sierosa, che può presentare un essudato fibrinoso. La localizzazione rettale si può dire costante, ciò che ha importanza per la diagnosi sigmoscopica, come nel nostro caso.

All'esame istologico si osservano i balantidi nel lume glandolare ma anche profondamente innicchiati nella mucosa. Nella zona circostante si osserva uno strato di tessuto necrotico ed intorno una infiltrazione leucocitaria e linfocitaria. Alcuni parassiti si osservano anche nell'interno dei follicoli solitari. I balantidi contengono nel loro interno numerose inclusioni di detriti cellulari e di emazie. Tutti i vasi all'intorno della zona invasa sono iperemici e nelle zone comprese tra i singoli nidi di balantidi si osservano estese aree di necrosi in cui si riscontrano residui di balantidi (specialmente nuclei). In mezzo a parassiti benissimo conservati, in cui è possibile anche la identificazione delle cilia, si osservano altri in via di degenerazione, vacuolizzati e a contorni indistinti. La penetrazione in profondità avviene tra i fasci connettivali della sottomucosa, in cui si trovano i parassiti allineati; in immediato contatto colle zone di recente invase si trovano accumuli di linfociti e di cellule plasmatiche. Anche nel lume dei vasi sanguigni e linfatici si trovano balantidi; i vasi sanguigni spesso sono trombizzati. Quasi in ogni campo microscopico si osservano balantidi in mitosi.

Nelle ulceri profonde si osservano anche invasi gli strati muscolari e la sottosierosa, e sono state osservate ulceri perforate ricoperte dall'omento ispessito e peritoniti da perforazione (Woit).

Il caso di Stokvis parlerebbe anche per la presenza di un ascesso epatico da balantidium che si sarebbe aperto nei bronchi; però altre osservazioni del genere mancano e poteva anche trattarsi di un'infezione mista amebica e da balantidium. Un caso recente di Maliwa ed Haus è importante per la localizzazione nell'apparecchio urinario; pielite da balantidium con anuria riflessa; il rene asportato non dimostrò lesioni; esistevano i parassiti invece nell'uretere e nella vescica; manca però un esame delle feci; la via di penetrazione poteva però essere direttamente attraverso le pareti del retto nella vescica.

Anche il caso di balantidiosi della milza trovato in un caso di Kala-Azar nella puntura della milza non è molto dimostrativo per ammettere la possibilità d'invadere l'organismo attraverso la corrente sanguigna e di moltiplicarsi nei vari organi come l'amoeba histolytica.

* * *

La letteratura della dissenteria da Balantidium coli non è ricca. I casi raccolti in tutto il mondo superano appena i 200. Il Brandt ammette che in questi ultimi tempi la malattia sembra in aumento; può anche trattarsi di un aumento apparente perchè le ricerche microscopiche sulle feci a fresco in casi di dissenteria per la ricerca dell'amoeba histolytica può averne determinato la loro più frequente constatazione.

Inoltre bisogna tener conto nel giudicare la frequenza della balantidiosi anche di un'altra circostanza: che il balantidium non compaia costantemente nelle feci una volta innicchiato nello spessore del colon. Nel caso di Danisch la diagnosi fu potuta mettere solo dopo l'esame istologico delle ulceri del colon, mentre gli esami ripetuti coprologici non avevano rivelato la presenza del parassita.

Se all'epoca delle prime descrizioni della balantidiosi umana era lecito discutere del potere patogeno del balantidium coli (Casagrandi e Barbagallo) oggi non se ne può più dubitare. Le alterazioni anatomo-patologiche bene studiate, il potere dei parassiti di moltiplicarsi nelle pareti dell'intestino, l'ingestione di emazie e di cellule viventi, le alterazioni necrotiche determinate nelle pareti del colon, le infiltrazioni parvicellulari e tutto il processo reattivo cellulare intorno alle zone invase non lasciano più alcun adito a dubbio sul loro potere patogeno. Resta però il fatto che in molti casi sono stati osservati balantidi nelle feci in individui normali; e allora bisogna pensare a due ipotesi: o si tratta, come per le amebe, di tipi morfologicamente diversi o bisogna pensare che diventi patogeno quando esistono lesioni del colon di altra natura (ameba, Shiga, ecc.) attraverso cui possa penetrare nelle pareti, ovvero alla possibilità che il balantidium perchè diventi patogeno abbia bisogno di determinate condizioni di ambiente. Da vari autori è stato osservato che il balantidium è sensibilissimo alle soluzioni acide anche diluitissime, quindi si può ammettere che un ambiente neutro o leggermente alcalino rappresenta l'optimum vitale per il parassita. In condizioni normali, specialmente a dieta vegetale il colon presenta una reazione leggermente acida, quindi non rappresenta un ambiente favorevole allo sviluppo del balantidium; se invece intervengono condizioni catarrali dell'intestino per qualunque causa la virulenza del germe aumenta, giacchè, oltre all'alcalinità del muco interviene forse una minore difesa organica della mucosa intestinale.

Studi interessanti in rapporto alle condizioni

della reazione intestinale sono fatti per quel che si riferisce ai flagellati.

Mentre i flagellati intestinali pullulano negli erbivori, mancano completamente nell'intestino dei carnivori. L'Hegner ha osservato che sottoponendo i topi ad una dieta strettamente carnivora scompaiono i flagellati che s'incontrano abitualmente nell'intestino di questi animali e la reazione finale da acida si fa alcalina.

I benefici che si ottengono in molti stati dissenterici abolendo gli erbaggi non possono perciò riferirsi solo alla mancanza dello stimolo che esercita la cellulosa sulla peristalsi intestinale, e molte osservazioni cliniche stanno a dimostrarlo.

Il problema va perciò studiato sperimentalmente anche per quello che si riferisce alla somministrazione di latte acido che vediamo agire così diversamente nei vari stati diarroici. Uno studio accurato della reazione delle feci potrebbe portare il problema su base razionale.

*
* *

Per quel che si riferisce alla sintomatologia della balantidiosi tutti gli autori sono d'accordo nell'ammettere casi di balantidiosi senza sintomi; individui in ottime condizioni di salute emettono periodicamente dei parassiti riscontrati causalmente nelle feci. Si tratterebbe cioè di portatori del balantidium. La relazione tra parassita ed ospite in tali casi non è ben chiara e non si sa se in tali casi il parassita attacca i tessuti limitatamente, senza determinare un vero stato morboso clinicamente rivelabile o se invece può vivere come un commensale. Lo stesso problema è stato posto per tutti i protozoi intestinali e per l'amebiasi è stata dimostrata luminosamente dal Walker.

Contro coloro che ammettono la possibilità del semplice commensalismo basta l'osservazione di Walker che ha notato che in caso di portatori di balantidium si sviluppano prima o poi sintomi della dissenteria.

Nella massima parte dei casi l'infezione da balantidium coli si manifesta o colla sintomatologia classica della colite, che può essere a tipo dissenterico quando la localizzazione è dell'ultima parte del colon, di semplice diarrea quando si ha una localizzazione diffusa e infine di stipsi del tipo ascendente o di pseudoappendicite quando il processo è circoscritto e localizzato al ceco e al colon ascendente. Le feci sono per lo più liquide, spesso contengono molto muco e talora sangue e pus. Tenesmo e coliche si osservano frequentemente e spesso il colon è dolente alla pressione. Si ha inoltre disappetenza, nausea, sete e deperimento.

Specialmente nei casi acuti il numero delle scariche supera le 15-20 al giorno e si accompagna un tormentoso tenesmo. Nei casi cronici si osservano per lo più alternative di stati diarroici e dissenterici con periodi di evacuazioni regolari e di stipsi ostinata.

In qualche caso è stata descritta eosinofilia, che nel nostro caso mancava. La febbre (molto elevata nel nostro caso) manca spesso anche nei casi acuti.

*
* *

La *diagnosi* è puramente coprologica; i criteri clinici sono identici a quelli di tutti i processi infiammatori del colon catarrali o ulcerativi; quindi o diarrea, o stipsi alternata a diarrea, o crisi dolorose diffuse o localizzate alla regione appendicolare o all'angolo epatico.

La diagnosi coprologica quando è positiva non lascia dubbio di sorta; i parassiti o le cisti sono così caratteristiche che non possono dar luogo ad errori. Non è necessario come per le amebe di ricorrere mai ai preparati colorati. Difficoltà diagnostiche possono sorgere quando i parassiti non compaiono nelle feci e nel caso di Danisch la diagnosi fu possibile *post mortem* dopo lo studio istologico delle lesioni ulcerose del colon, giacchè numerosi esami coprologici erano riusciti negativi. Anche nel nostro caso la rapida scomparsa dalle feci dopo la somministrazione di pochi centigrammi di emetina mentre all'esame sigmoscopico si notavano ancora ulcerazioni, scomparsa che si è osservata anche dopo somministrazione di purgante lascia pensare alla possibilità che negli stati cronici i parassiti vengano eliminati solo periodicamente come si verifica per molti protozoi intestinali, e che quindi molti casi possano sfuggire alla diagnosi se l'esame delle feci viene praticato una sola volta.

La balantidiosi è una malattia che presenta una prognosi sempre riservata: sono stati descritti vari casi di morte: i casi di resistenza ai rimedi e di recidive sono anche numerosi. Però se la cura fu intensa e costante si sono avuti casi di guarigione completa.

*
* *

Cura. — Per quel che si riferisce al trattamento della balantidiosi gli antichi autori ricorsero ai clisteri di chinino (1-2 per mille) iodio (all'1 per 10,000) o nitrato di argento (all'1 per 3000) di acido fenico o salicilico, di naftalina, di acido acetico o

tannino. I successi furono però incostanti. Il chinino o il calomelano per os raccomandati da alcuni non pare che abbiano efficacia; il Lanzenberg ha ottenuto ottimi risultati colle soluzioni concentrate di chinina (idroclorato di chinina g. 0,75 in 300 cmc. di acqua) per retto. Altri metodi proposti sono il bleu di metilene (10 cgr. tre volte al giorno per almeno quattro giorni). Dutcher si vanta del salvarsan, che però al Lanzenberg non dette nessun risultato. Mason vanta i successi dell'olio di chenopodio somministrato per il retto, il Behrenroth del timolo; Haughwout, Domingo e Leon hanno vantato come specifico il benzoato di benzile.

L'identità della sintomatologia clinica e delle lesioni anatomo-patologiche della balantidiosi e dell'amebiasi ci spinse a praticare una energica cura di emetina ed i risultati possono davvero considerarsi incoraggianti. Purtroppo l'impossibilità a tenere la malata sotto osservazione per un lungo tempo (essendo la paziente voluta ritornare in famiglia nel Friuli) non può autorizzarci a concludere che si sia trattato di una guarigione definitiva o che non si sia trattato di una di quelle guarigioni temporanee, che siamo soliti ad osservare nella cura della dissenteria amebica.

Successi colla cura dell'emetina e dell'ipecacuana sono stati descritti da vari autori (Behrenroth, Barlow, Axter-Haberfeld, Tixier, Brenner, Cordes).

Il Dutscher e il Lanzenberg non hanno avuto alcun successo dall'emetina, però il Cordes fa osservare che molto dipende dal tipo di emetina adoperata; egli dopo due cicli d'iniezioni di emetina Merck ha osservato la scomparsa delle manifestazioni cliniche e dei parassiti nelle feci in un caso di dissenteria da balantidium che durava da due anni. Nel caso di Ardin-Delteil la resistenza all'emetina va spiegata colla coesistenza di una tubercolosi intestinale. Però non è da escludere, come per le amebe, l'esistenza di casi di emetino-resistenza giacchè il meccanismo di azione dell'emetina nei protozoi intestinali è molto complesso, e le esperienze di Walker dimostrerebbero in vitro un'azione scarsa o nulla sui parassiti in questione.

BIBLIOGRAFIA.

Per la bibliografia fino al 1921 confronta:

DOBELL. *The intestinal protozoa of man.* London, Bale Sous. Danielsson, 1921.

CORDES. Münch. med. Woch., 1921, p. 484.

BRAUD. Deutsche med. Woch., 1923, p. 1437.

FORRAI. *Balantidium colitis.* Zentralblatt für Bakt. Parasitekunde, 1922.

BODE. Zentralbl. für Bakteriol. Parasitekund, 1923.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI CASALMAGGIORE (CREMONA).

Reperti nuovi nella patologia e chemioterapia del cancro.

Dott. LUCIANO MANARA, primario.

NOTA PREVENTIVA.

Per l'attualità del momento e per le italiche ragioni di precedenza, credo sia conveniente rendere pubblica questa mia nota preventiva.

Continuando per tanti anni le ricerche cliniche sulla chemioterapia dei tumori maligni (di cui nel 1915 ho pubblicato la guarigione di un cancro della gola nella Clinica Chirurgica, curato e guarito fin dal 1902, e di un cancro dell'utero nella Sezione Chirurgica del Policlinico) ho costantemente ottenuto risultati, che il prof. Parlavecchio, al VII Congresso Medico Siciliano, tenutosi a Palermo il 23 aprile 1923, ha confermati e definiti *apprezzabili*.

Ora ho potuto raccogliere il frutto delle mie osservazioni in un manuale-atlante, che verrà presto pubblicato e che l'insigne oncologo prof. Gaetano Fichera ha già letto e giudicato da alcuni mesi. Ne riassumo adunque qui in breve le conclusioni principali.

*
* *

Nello studio del processo istologico dello sviluppo e della guarigione di parecchi casi di tumori maligni, in ammalati curati e guariti stabilmente da molti anni colla chemioterapia, ho costantemente osservato ed ho potuto illustrare con più di cento microfotografie che tanto nell'inizio dello sviluppo quanto nella guarigione i tumori maligni non fanno altro che ricalcare le orme dei processi infiammatori; ed ho potuto così dimostrare che istologicamente le flogosi, i granulomi, le iperplasie ed i tumori maligni sono gli anelli di una stessa catena del patobiomorfismo delle cellule dei tessuti.

La possibilità della evoluzione dalla fase infiammatoria iperplastica benigna iniziale del processso verso la fase anaplastica maligna cancerosa, ossia dello squilibrio oncogeno, dipende sempre dalla impotenza dei leucociti ad impedire la migrazione delle cellule dei tessuti. Le quali per qualche causa da adulte e fisse si sdifferenziano in cellule giovani generatrici di cellule embrionarie migranti, che vanno a costituire il blastoma.

Grazie alla chemioterapia però i leucociti possono riacquistare il potere di distruggere per necrobiosi le cellule embrionarie anaplastiche, che vivono fuori dai normali confini della sede delle loro matrici: ossia di uccidere le cellule cancerose e fonderle in sostanza fibrinoplastica e formarne un reticolo stromatoso. Allora il tumore si rammollisce, fluidifica, regredisce e guarisce per cicatrizzazione connettivale, con *restitutio ad integrum*, come ogni comune processso infiammatorio, col ristabilimento dell'equilibrio oncogeno.

In ultima sintesi il tumore maligno è l'esponente locale anatomicamente noto di una malattia, di natura ignota, che colpisce l'organismo, togliendo ai globuli bianchi del sangue il potere che essi esercitano in tutte le comuni malattie in difesa dell'organismo stesso.

L'azione che i leucociti esercitano sulle cellule neoplastiche non è di fagocitosi (dalla radice φαγ del verbo ἐσθίω = divoro, inghiottisco) come generalmente si ritiene, ma bensì di catafonesi (da φονής = uccisione) cioè di necrobiosi per contatto. Adunque i leucociti sono i veri regolatori dell'equilibrio onoogeno, il quale è il risultato della costante ortofonesi intercellulare, così chè le cellule, che per qualsiasi stimolo si sdifferenziano e tentano di migrare lontano dai normali confini dei tessuti a cui appartengono, vengono uccise e fuse in materiale necrobiotico fibrino-plastico collageno, dai leucociti che conservano allo stato normale il loro potere foniosico.

Per far ciò i leucociti da mobili circolanti nel sangue si arrestano nei vasi capillari del processo neoplastico; attraversano per diapetesi le pareti vasali e fuoriescono metamorfosandosi in foneuciti ed in cellule fisse connettivali nella finissima rete linfatica perivasale avventiziale, ove generano i fibroblasti. Questi formano il connettivo cicatriziale e non sono mai generati dagli endoteli come finora erroneamente si è ritenuto. I leucociti sono adunque i veri fattori chemiotattici dinamici e plastici della guarigione dei tumori maligni, come dei processi infiammatori.

La scoperta inglese, fatta ora da Gye e Bernard, dell'esistenza nel sarcoma di Rous dei polli ed in un adenocarcinoma mammario di donna, di un virus filtrabile specifico composto di germi vivi, « sferoidi » globulari che si riproducono per gemmazione, e di una sostanza estrattiva « fattore specifico » legata alla specie dell'animale portatore del tumore, coll'ammettere un agente etiologico infettivo specifico, verrebbe a confermare queste mie conclusioni sulla natura infiammatoria dei tumori maligni, e quindi anche a convalidare le mie osservazioni sulla funzione assegnata ai leucociti nella patologia del cancro, simile a quella che devono esercitare in tutte le comuni malattie.

L'esistenza di un germe specifico del cancro giustificherebbe anche per analogia la guarigione da me ottenuta in ammalati di tumori maligni con un metodo di chemioterapia specifica, che è molto analogo a quello del *salvarsan* usato per la sifilide, la quale sebbene prodotta dal germe specifico « spirocheta » ben noto, guarisce soltanto colla chemioterapia.

Anche il prof. Parlavecchio nella suddetta relazione affermava « che gli elementi dei blastomi non possiedono proprietà antigene e che nel sangue dei cancerosi non si producono anticorpi; poichè l'immunità acquistata per guarigione di blastomi non è specifica (Centanni) ma polivalente (Ehrlich) se non addirittura generica, al pari dell'azione degli autolizzati: per cui si deve abbandonare la via falsa della ricerca dei mezzi immunizzanti o vaccinanti specifici per insistere su quella dei mezzi enzimatici capaci di agire sia direttamente sulle cellule dei blastomi, sia indirettamente per stimolazione degli organi antiblastici ».

Durante le mie lunghe ricerche cliniche avevo osservato che negli ammalati di tumori maligni col solfato di rame ottenevo risultati vari ed apparentemente fra loro in contrasto: perchè ottenevo guarigioni sorprendenti ed insuccessi anche con morti improvvise altrettanto sorprendenti; come se l'azione del rame cambiasse da un ammalato all'altro e da una fase all'altra nello stesso ammalato.

Indagando attentamente per trovare la spiegazione del fenomeno ho potuto accertare che la cura cuprica era variamente influenzata da altri medicamenti, che gli ammalati avevano preso in precedenza o prendevano contemporaneamente al rame come l'arsenico, il fosforo, il bromo ed il iodio. I quali, se presi in dosi elevate, erano causa di vaste necrosi rapidissime ed irreparabili o di gravi fenomeni di avvelenamento generale.

Perseverando allora con maggior cautela nelle ricerche cliniche a forza di tentativi prudenti, in base ai risultati ottenuti costantemente, ho potuto stabilire con sicurezza che le guarigioni stabili, di tumori maligni erano senz'altro dovute ad un composto velenosissimo; il verde di Scheele ($Cu H AsO_3$) e di Schweinfhurt ($Cu H As O_4$) la cui azione fortemente caustica era stata utilizzata dal Campani, il quale nel 1906 modificando il metodo di Trunnececk-Czerny applicava sui cancri cutanei solfato di rame ed arsenito di potassa per ottenerne la caduta per escara emorragica.

Il sale verde appunto perchè causticissimo e velenosissimo, non può essere introdotto diretta-

mente nell'organismo: bisogna ottenerne e regolarne la formazione nelle cellule del tumore, coll'introdurre nell'organismo per vie diverse vari medicamenti, utilizzando l'elettività del rame per

Fig. 1.

il glicogeno contenuto nella cellula neoplastica maligna.

Il glicogeno, che è un poli-saccaride ($C_6 H_{10} O_5$) detto anche zoamilina, trattiene nel corpo della

Fig. 2.

cellula il rame sottoforma di ossidulo, col quale va a combinarsi l'arsenico per formare il sale verde. Questo però deve essere dosato in modo da rendere la cellula cancerosa solamente labile all'azione catafoniosica dei leucociti; e non riuscire velenosa per l'organismo nè necrosante per la massa neoplastica e sopratutto per i suoi vasi ed i tessuti sani che la rivestono.

Per ciò appunto questo metodo chemioterapico, coll'uso anche degli antidoti e dei correttivi, non può essere qui riassunto e verrà invece facilmente appreso dalla casistica esposta ed illustrata nel manuale-atlante che spero di pubblicare presto, dal quale credo utile riportare qui intanto alcune fotografie per mostrarne l'efficacia terapeutica.

Le figure 1 e 2 mostrano il caso di un sarcoma periosteo della tibia a cellule mieloidi in un granatiere di 30 anni, riformato dopo circa sei mesi di degenza in ospedali militari nel 1917 e curato e guarito in tre mesi. Nell'anno successivo fu rifatto abile e rimandato al fronte.

Le figure 3 e 4 illustrano un adenosarcoma

Fig. 3.

Fig. 4.

della parotide in un giovane di 26 anni curato e guarito negli ultimi due mesi del 1924.

Le figure 5 e 6 riguardano un caso di cancro del testicolo destro in un uomo di 62 anni curato e guarito nel mese di giugno di quest'anno; malgrado la complicazione di una grave pleuropolmonite sinistra tipo spagnola, che nel luglio successivo lo tenne per quindici giorni in pericolo di vita, ma che egli ha superato. La fig. 6 lo ritrae appena convalescente.

Questo metodo di chemioterapia mediante l'uso combinato di medicamenti semplici comuni del costo di pochi centesimi, che si trovano ovunque, scevro da ogni speculazione commerciale, applicabile ovunque da qualsiasi medico, anche nelle case più misere e più disperse, può costantemente guarire i tumori maligni purchè non siano ulcerati o troppo avanzati nello sviluppo ed in soggetti di età non troppo senile; impedisce le recidive se applicato subito dopo l'exeresi, guarisce le recidive in atto e le metastasi linfatiche.

Nei casi troppo avanzati ed ulcerati ed in soggetti troppo vecchi si possono avere soltanto dei miglioramenti transitori.

Costituisce poi nelle mani dei medici, finora sfiduciati e disarmati contro il temibile morbo

Fig. 5.

un'arma potente per la prevenzione del cancro, poichè, come dimostrerò nel testo, vale a curare e guarire tutte le malattie che gli preparano il ter-

Fig. 6.

reno per il suo sviluppo. Tali sono i forti deterioramenti organici, le anemie anche perniciose, le leucemie, le lesioni della bocca come le ulcerazioni da carie dentale, le leucoplasie, le epulidi, le periostiti alveolari iperplastiche, ecc...; le gastriti croniche, le ulcere del ventricolo e dell'intestino, le diarree croniche, le gravi emorragie nasali, gastriche intestinali, uterine (anche dei miomi) ribelli agli altri mezzi di cura; i processi cronici dell'utero e degli annessi; le pleuriti e le peritoniti iperplastiche croniche e vegetanti; il lupus, le malattie croniche delle ossa e delle articolazioni, delle glandole, ecc. Malattie queste che sono più facili da guarire che non i tumori in atto, e che, se la scoperta di Gye e Bernard sarà confermata, dovrebbero costituire la parte d'entrata ed il terreno di coltura del virus filtrabile per lo sviluppo del cancro.

Casalmaggiore, 1° agosto 1925.

LEZIONI.

Di una tromboflebite iliaca esterna traumatica.

Lezione del prof. DOMENICO TADDEI, direttore della Clinica Chirurgica della R. Università di Pisa, raccolta dal dott. GIORGIO MILLUL.

Il caso, che stamane vi presento, merita la vostra attenzione sia per la diagnosi di natura e di sede, sia anche per lo studio patogenetico.

Si tratta di un uomo, Mazzoni Annibale, di anni 65, colono, di Chianni, il quale racconta che il giorno 19 dicembre ultimo scorso, tornando di notte alla propria abitazione, dalla violenza del vento fu lanciato in una fossa cadendo all'impiedi; riavutosi dallo spavento subito, con uno sforzo non indifferente, potè di nuovo salire sulla strada e raggiungere la propria abitazione. Dopo pochi passi insorse un dolore vivo sia in corrispondenza della regione poplitea, sia della gamba sinistra e più precisamente del polpaccio; giunto alla propria abitazione l'infermo dovette porsi in letto e di propria iniziativa fece delle applicazioni di acqua vegeto-minerale in corrispondenza delle sedi ove maggiormente era avvertito il dolore. Il giorno seguente fu chiamato un sanitario, poichè non solo il dolore non tendeva a diminuire, ma anche perchè la gamba ed il ginocchio sinistro si erano tumefatti. Il medico consigliò di persistere nel riposo assoluto in letto e consigliò l'applicazione di un vescicante in corrispondenza del ginocchio.

Sembra che in questo periodo non vi sia stata temperatura febbrile.

Dal trattamento consigliato non fu tratto alcun giovamento, anzi vi fu una accentuazione del dolore precedentemente avvertito e una diffusione di esso alla coscia. I movimenti dell'arto inferiore e del ginocchio in specie si resero molto difficili.

Un secondo sanitario praticò una puntura esplorativa del ginocchio sinistro e, da quanto assicura l'infermo, sembra che sia stato estratto del liquido siero-ematico. Successivamente le condizioni locali andarono sempre peggiorando. La tumefazione dell'arto andò progredendo specie in corrispondenza della coscia. Comparve temperatura febbrile, preceduta da brivido e si accentuò maggiormente la difficoltà a compiere i movimenti dell'arto inferiore, del quale l'impotenza funzionale si fece assoluta.

Per tali fatti l'infermo fu portato nella nostra clinica, ove entrò il giorno 4 gennaio corrente. Al momento del suo ingresso, presentava i seguenti fatti obbiettivi: Aumento evidente del volume di tutto l'arto e specialmente della coscia per edema diffuso; la colorazione della cute era normale sia nella gamba, sia in corrispondenza del terzo inferiore della coscia, mentre nel terzo superiore di essa si rilevava una evidente marezzatura venosa. La palpazione faceva rilevare un aumento della temperatura della cute della coscia sinistra rispetto alla corrispondente di destra; edema evidentissimo si notava anche nella cute delle regioni inferiore e laterale sinistra dell'addome. Non esisteva edema a carico dello scroto, nè a carico del pene; il piede pure edematoso era mantenuto in buona posizione: impotenza assoluta.

Nè in corrispondenza dello scheletro del bacino, nè della coscia, nè della gamba esisteva dolore spontaneo o alla pressione.

Nessun dolore esisteva ai movimenti passivi delle articolazioni dell'anca, del ginocchio, del piede. I movimenti passivi di queste articolazioni erano tutti possibili.

La misurazione della lunghezza dell'arto non fece rilevare alcuna differenza rispetto all'arto di destra. Alla misurazione di circonferenza risultava a carico dell'arto sinistro un aumento di 4-6 cm. a seconda del livello a cui tale misura era presa.

La temperatura al momento dell'ingresso era di 38.6.

Con l'esame generale non fu rilevato nulla di notevole a carico degli apparati respiratorio, digerente, urinario e nervoso; a carico dell'apparato circolatorio si poteva rilevare: normale sede e volume del cuore, toni poco netti, accentuazione del 2° tono sul focolaio aortico. Le arterie periferiche sono notevolmente indurite; le pedidie al collo del piede ed al polso le radiali hanno i caratteri delle trachee di uccelli; polso ritmico, valido, iperteso.

Il paziente fu tenuto a riposo assoluto, coll'arto fissato in una doccia metallica ben ovattata e col piede sollevato da guanciali: furono praticate applicazioni calde continue con borse di acqua calda; le condizioni generali e locali sono andate progressivamente modificandosi: il volume dell'arto inferiore di sinistra è assai diminuito, come pure è scomparso il colorito violaceo marezzato della cute in corrispondenza della radice della coscia. L'edema però, benchè diminuito, è ancora presente e si estende sempre fino alll'arco costale di sinistra, come potete constatare voi stessi.

La temperatura, come vedete dalla grafica che vi presento, è andata a mano a mano diminuendo, anzi si può rilevare come vi sia stata una diminuzione progressiva graduale.

La temperatura fortemente remittente, quasi intermittente (38.6-38.4 nei primi giorni con remissioni fino a 37), già il giorno 7 ebbe un massimo inferiore a 38, per raggiungere il giorno 12 un massimo di 37.2 ed un minimo di 36.7.

Negativo è l'esame delle urine. Il paziente si sente meglio, ha ripreso l'appetito; l'impotenza dell'arto è notevolmente diminuita. Per quanto limitati, cominciano ad essere possibili i movimenti attivi. Nel ginocchio non esiste più ballottamento della rotula.

Le radiografie praticate di tutto lo scheletro dell'arto inferiore e del bacino sono assolutamente negative.

Nella radiografia della coscia è evidente invece in tutto il suo decorso l'arteria (o la vena?) femorale per una linea a doppio contorno abbastanza regolare. Questo fatto non comune ad osservarsi indica una evidente e diffusa calcificazione della parete vasale.

Di fronte a questo quadro morboso, iniziatosi con un trauma, molte ipotesi possono essere senz'altro scartate: non può ammettersi che si sia trattato di una comune contusione, o di lussazione, o di una frattura delle ossa dell'arto o del bacino, in quanto che non è esistito nè esiste alcun segno che possa richiamare tali lesioni.

Pure facilmente è da escludere una artrite a carico del ginocchio: la tumefazione, evidente nei primi tempi a carico dell'articolazione, la presenza di liquido nell'interno dell'articolazione stessa, la temperatura febbrile, la impotenza dell'arto avevano nei sanitari, che primi videro il malato, fatto volgere il pensiero a tale condizione morbosa. Ma il decorso, gli altri segni clinici presentati dal nostro infermo ed in modo speciale l'edema così notevole diffuso al lato sinistro dell'addome, l'assenza di dolore ai movimenti dimostrano che tale ipotesi diagnostica non regge alla critica più superficiale. Vedremo fra poco come facilmente possa spiegarsi questo idrartro, abbastanza rapidamente e spontaneamente risolutosi.

Pure si deve scartare la ipotesi di una osteomielite del femore.

Potrebbe essere considerata come banale la sindrome presentata dal nostro infermo: la diagnosi di tromboflebite, di flegmasia alba dolens, presenterebbe un interesse mediocre se non si tenessero presenti alcune condizioni.

In primo luogo bisogna ricordare che tale forma è iniziata in seguito ad un trauma, che non ha determinato soluzioni di continuo e non ha creato una porta di ingresso a germi infettivi.

In secondo luogo che il processo è stato afebbrile nei primi tempi, e si possono distinguere 2 evidenti periodi, oltre ad un 3° periodo di risoluzione lenta.

Il processo è stato progressivo in 1° tempo per poi regredire e cioè:

1) Dolore iniziale al polpaccio ed al poplite pochi momenti dopo il trauma, dolore che si è accentuato nel giorno successivo per poi affievolirsi fino a scomparire.

2) Tumefazione dapprima localizzata alla gamba ed al ginocchio (sì che nei primi tempi è specialmente sul ginocchio che fu attirata l'attenzione dei medici) che si è andata poi diffondendo alla coscia, alla porzione inferiore sinistra del ventre fino verso l'arco costale. Tale diffusione si è accompagnata a febbre preceduta da brivido a tipo intermittente o molto remittente.

3) Impotenza funzionale non immediata (il paziente ha potuto tornare a casa da sè), ma progressiva: per un certo tempo circoscritta alla gamba ed al ginocchio: poi diffusa abbastanza rapidamente a tutto l'arto.

4) I sintomi dopo oltre 3 settimane di progressione o di acme sono andati lentamente e spontaneamente riducendosi.

Io credo che non sia difficile spiegare le particolarità di questa sindrome, se si tiene conto di alcune condizioni e si fanno le logiche considerazioni, che dai fatti scaturiscono.

In primo luogo mi pare logico ammettere che in un primo tempo si sia avuta una semplice trombosi venosa e che il processo infettivo si sia impiantato tardivamente, si sia avuta cioè solo in secondo tempo una vera tromboflebite. Ma prima di discutere questo punto è necessario dire in quali vene si è svolto questo processo occlusivo.

Nei primi tempi si può pensare che sia intervenuta una trombosi delle vene tibiali o della poplitea o magari della femorale. Solo così si spiega la sede del dolore iniziale e l'edema limitato alla gamba ed al ginocchio. È ovvia la esclusione di un processo a carico delle vene superficiali (safene), a carico delle quali non si apprezza alcun sintoma; esso ad ogni modo non spiegherebbe il quadro morboso. Ma successivamente bisogna pensare che il processo si sia diffuso alla vena iliaca esterna. Solo così si spiega l'edema fino alla radice della coscia anzi fino alla regione costale per la difficoltà di scarico della circonflessa e della epigastrica. La occlusione della vena sottocutanea addominale, ramo della femorale, non spiegherebbe l'edema così esteso.

D'altra parte bisogna ammettere che la iliaca interna (e quindi l'iliaca primitiva) sia rimasta pervia non esistendo segni di stasi a carico dei territori, da cui questo vaso prende origine.

Che il trauma abbia avuto parte, anzi sia stata la causa determinante del processo mi sembra che non possa menomamente escludersi. Ne è evidente la immediata corrispondenza: mi sembra inutile insistere su questo punto.

Piuttosto mi sembra conveniente fermarmi un momento sul meccanismo di questa trombosi. È logico cioè ammettere che nel nostro malato il trauma abbia trovato condizioni favorevoli predisponenti alla affezione che si è svolta? A me sembra che sia facile rispondere affermativamente. Data la grave lesione sclerotica, anzi ateromasica, delle arterie periferiche, è facile pensare che fatti simili esistano anche nelle vene, esista cioè flebosclerosi periferica.

A proposito di tale punto mi piace di ricordare alcune osservazioni molto importanti, per quanto poco note, fatte da Banti e comunicate all'Accademia medico-fisica fiorentina nel 1909, che valgono a spiegare le embolie della polmonare, che si osservano talora in operati guariti di 1ª intenzione.

Egli notò in alcuni casi da lui osservati all'autopsia che gli emboli non partivano dalle regioni operate, ma dalle vene profonde del polpaccio, dove esistevano fatti evidenti e da lui ben dimostrati di flebosclerosi, non manifestantisi con sintomi clinici e di natura non definita.

Ammettendo l'esistenza di una flebosclerosi senile concomitante alla grave sclerosi arteriosa periferica, si comprende il valore che il trauma può avere avuto su vene già profondamente alterate e anche si comprende la facilità di diffusione del processo trombotico, probabilmente iniziatosi sulle vene profonde della gamba o nelle vene poplitea o femorale e quindi diffuso fino alla iliaca esterna.

Con tale ipotesi, se si spiega bene l'insorgenza del processo, non si può però spiegare in modo completo tutto il quadro clinico. Bisogna ammettere che un altro elemento (infettivo) sia intervenuto secondariamente per spiegare l'insorgenza tardiva del processo febbrile e forse anche la secondaria ed estesa diffusione del processo venoso occlusivo.

Se voi avete presente la storia clinica, che poc'anzi vi ho riassunto, si può da essa rilevare forse anche come sia intervenuto l'elemento, che ci può spiegare il decorso nel secondo periodo del male.

Nel nostro paziente fu praticata una puntura esplorativa del ginocchio, fu applicato un vescicante, si sono cioè aperte vie per le quali dei germi possono essere entrati in circolo. Date le condizioni anatomiche già ammesse, si comprende come questi abbiano trovato il migliore terreno di attecchimento ed abbiano potuto trasformare un processo di trombosi semplice traumatica, in una vera e propria tromboflebite.

È ovvio comprendere come l'aggiunta del processo infettivo (che del resto può essersi stabilito anche indipendentemente dalle vie d'ingresso sopraaccennate, ma per germi circolanti provenienti da altra origine: ad es. intestinale) abbia favorito il diffondersi del processo morboso fino alla vena iliaca esterna.

Con tale diagnosi non solo è spiegato l'edema più volte notato, ma anche la tumefazione del ginocchio, in quanto che tale idrarto è comunissimo a riscontrarsi in queste forme; è spiegata e la genesi traumatica e la presenza dei due periodi il 1° afebbrile, il 2° febbrile.

La trombo-flebite obliterante, mentre è una di quelle forme morbose completamente studiate sia dal punto di vista anatomo-patologico, sia dal punto di vista clinico, non ha ancora stabilita in modo sicuro la sua patogenesi.

Varie sono le teorie emesse dai vari autori per spiegare lo svolgersi di tale malattia; ma ancora oggi si può dire che il campo della discussione è conteso dalla teoria di Virchow (1856) e dalla teoria di Cruveilhier (1834). Secondo Virchow nella trombo-flebite obliterante si ha in un primo tempo l'obliterazione del vaso venoso per un primitivo processo di trombosi, su cui si impianta in un secondo tempo il processo infettivo che diverrebbe così secondario. Cruveilhier sosteneva invece che per ottenere o meglio perchè si stabilisca la trombosi a carico di un vaso venoso bisogna che in un primo tempo si svolga un processo infiammatorio, da cui dipenderebbe il processo di trombosi.

La discussione intorno a queste due teorie si può dire ancora non completamente risolta. Certamente nel massimo numero dei casi il processo infettivo giuoca la parte fondamentale ed è primitivo.

Perchè la trombosi si produca fuori di un processo infettivo è necessario, come la flebosclerosi nel caso che ci ha fornito argomento a queste considerazioni, ammettere delle condizioni predisponenti particolari.

È noto del resto che già l'arto inferiore sinistro presenta predisposizione alla localizzazione flebitica, sia essa flebite conseguente a malattie infettive (tifo, pneumonite, appendicite, ecc.), sia essa puerperale, sia essa osservata in operati (miomectomie, appendicectomie, cure radicali di ernie inguinali, ecc.).

Le ragioni invocate di questa predilezione non sono ben note, nè facili a definirsi. È probabile che essa sia in rapporto con un circolo più lento, che si avrebbe a sinistra piuttosto che a destra: Per spiegare questa maggior lentezza furono e sono invocate: compressioni della vena iliaca sinistra da parte del sigma; compressione da parte dell'arteria che la ricopre; obliquità maggiore della vena iliaca sinistra per passare al lato destro alla vena cava; assenza o insufficienza valvolare.

Più difficile ancora è stabilire il perchè le flebosclerosi si stabiliscano preferibilmente a sinistra. Ma se le spiegazioni non sono sicure, sicuro è il fatto anatomico e clinico.

Da queste considerazioni mi sembra che la diagnosi da me ammessa (Trombosi traumatica primitiva delle vene profonde della gamba e della coscia, probabilmente in preda a sclerosi senile, tromboflebite successiva diffusa fino alla vena iliaca esterna dello stesso lato) sia completamente lumeggiata non solo dal punto di vista anatomico, ma anche da quello patogenetico.

Dal punto di vista prognostico bisogna riconoscere che questa affezione è molto grave, in quanto che espone a gravi pericoli e talvolta anche alla morte l'infermo che ne viene colpito. Si deve tenere presente che se l'inizio di tale forma morbosa è rapido, non è così il decorso successivo lentissimo. Caduta la temperatura, di solito per lisi, diminuito l'edema, scomparso il dolore, diminuita l'impotenza funzionale, quando il processo morboso acuto sembra clinicamente risolto, si deve tener presente che può persistere il pericolo dell'embolia tardiva (morte o infarto polmonare) o può avere origine un trombo di propagazione (recidiva).

Di fronte a tali infermi, si deve praticare perciò l'esame clinico con molti riguardi, come vi ho mostrato nel caso attuale, mantenere la riserva pronostica per lungo tempo e non avere fretta a dimettere tali malati dall'ospedale o farli alzare.

Il giudizio prognostico poi *quoad functionen* deve essere sempre riservato. È assai difficile che il processo volga verso la guarigione completa in quanto che è cosa molto rara che non residui o un edema cronico dell'arto o rigidità articolari, impotenze muscolari, varici, elefantiasi per difficoltà di circolo, ecc.

Secondo alcuni autori in non pochi casi dovrebbe essere attuato il trattamento chirurgico; cioè la legatura a monte della vena o la apertura della vena e l'ablazione del trombo o la asportazione in toto del tratto di vena trombizzata, previa duplice legatura.

Tale indicazione operatoria è netta quando si

tratti di flebite suppurativa o francamente settica (seno e giugulare nelle otiti medie, facciale negli antraci del labbro, ecc.). Ma tale trattamento non sembra indicato nei casi, nei quali vi sia una notevole estensione del processo morboso ed il processo infettivo sia attenuato con tendenza alla risoluzione spontanea.

Per questo ed anche per l'età del paziente mi è sembrato che il trattamento più conveniente da seguire nel nostro caso fosse l'assoluto riposo coll'arto in posizione lievemente inclinata con sollevamento del piede, con applicazione calda continua. Il risultato ottenuto è infatti buono.

Alcuni chirurghi usano il trattamento termoterapico mediante impacchi caldo-umidi. A parte le macerazioni cutanee, tale trattamento è meno accettabile di quello caldo-secco, sia perchè è più difficile mantenere con quello una temperatura costante, per il facile raffreddamento del materiale umido, sia per la necessità di movimenti dell'arto per avvolgerlo con compresse bagnate.

Basta perciò usare un termoforo o più termofori o meglio ancora delle borse di acqua calda applicate ai lati dell'arto, e sul decorso delle vene colpite. L'arto viene ricoperto poi di panni di lana, come ho praticato nel caso attuale.

Data la lunga immobilizzazione necessaria è indispensabile che la articolazione dell'anca non sia notevolmente flessa ed addotta, che il ginocchio sia in estensione; ma più che tutto bisogna provvedere perchè il piede non si ponga in equinovarismo, che può farsi spesso irreducibile. Questa deformità del piede descritta da taluno (Verneueil) come « piede torto flebitico », si dovrebbe piuttosto definire come « piede torto in flebitico mal curato ». Impedire la deformità è facile: basta mantenere il piede ad angolo retto sulla gamba ed impedire la flessione delle dita mediante un plantare o un appoggio conveniente alla pianta del piede.

Per impedire le rigidità muscolo-articolari, per favorire il ripristino circolatorio sarebbe opportuno mobilizzare presto l'arto e praticare il massaggio. Ma dato il pericolo di tali manovre, credo consigliabile di ritardarle con questo procedimento:

Assoluto riposo durante il periodo febbrile. Alcuni giorni dopo l'apiressia (continuare lungo tempo lo studio metodico della temperatura) iniziare i movimenti passivi delle dita del piede, praticare un massaggio lieve delle masse muscolari lontane dal decorso delle vene trombizzate. Solo dopo un mese può esser iniziata la mobilizzazione delle grandi articolazioni (tibio-tarsica, ginocchio, anca) dapprima passiva, poi attiva.

Quando l'edema sia quasi o del tutto scomparso, avvolgere l'arto con fascie di crespo modicamente strette e fare prima sedere sul letto il paziente colla gamba pendente dal margine del letto, prima per alcuni minuti poi per un tempo progressivamente maggiore.

Quando le condizioni di circolo e di elasticità muscolo-articolare siano notevolmente migliorate, si può permettere che il paziente si levi e faccia qualche passo, spesso nei primi tempi con l'aiuto delle gruccie. Ciò non si farà generalmente se non dopo 40-45 giorni dalla cessazione della temperatura. Del resto non è facile nè conveniente dare cifre generiche. Ci si comporterà a seconda dei casi: lunghezza e gravità del processo febbrile, estensione e gravità dell'edema, importanza delle vene trombosate, condizioni generali del paziente.

Naturalmente la cura preventiva e sintomatica delle concomitanze morbose (polmoni, cuore, decubiti, stipsi, ecc.) ha un notevole valore.

Come cura successiva l'ioduro di potassio, i bagni caldi, le cure termali, ecc., possono avere qualche importanza nel favorire la ripresa dell'attività funzionale, nel ridurre i postumi; ma il miglior medico di questi è il tempo, per quanto non sia raro avere anche a distanza di anni ad osservare postumi definitivi non facilmente curabili (edemi, elefantiasi, varici, dolori, piede torto). Certamente molti di essi possono essere ridotti, se la sorveglianza ragionata del medico viene esercitata basandosi su una diagnosi precisa e valendosi di tutti i mezzi, che permettono di prevenire o di ridurre le conseguenze della affezione.

COMMENTI.

A proposito di etero infezione di origine vaccinica.

Ho letto la comunicazione del dott. Testa, sul *Policlinico*, Sezione pratica, fasc. 8, corr. anno, e, vista la notevole scarsità dei casi (in effetto durante 25 anni di esercizio professionale non mi è occorso che il presente caso), credo non inopportuno renderlo noto.

Avevo tempo fa vaccinato la bambina di certa O. G. di G. e la pustola vaccinica si era sviluppata regolarmente. Per quietare la piccina che si lagnava sovente per la lieve reazione infiammatoria al braccio, la mamma, avendola sbendata, vi appoggiò sopra la guancia destra. Fosse pel prurito provocato dal contatto o altro, fatto sta che la bambina soffregò la pustola sulla guancia della madre.

Alcuni giorni dopo alla signora O. G. si sviluppò sulla guancia destra a 2-3 centimetri circa dalla corrispondente commessura labiale una magnifica pustola vaccinica, guarita regolarmente dopo un certo tempo residuandone la ben nota cicatrice.

Torino. Dott. CARLO SACCO.

SUNTI E RASSEGNE.

SECREZIONI INTERNE.

Modificazioni plurighiandolari nei tumori ipofisarî.

(J. SZÀNTÒ. *Deutsche med. Wochenschrift*, 15 gennaio 1926).

Man mano che l'endocrinologia viene assumendo un più ampio sviluppo, non è più possibile limitarsi a rilevare i disturbi relativi alle singole ghiandole, ma è necessario tentare di scoprire il fattore patologico che sta alla base di essi. Lo stesso Falta ha seguito tale indirizzo quando nel complesso sintomatico dell'insufficienza plurighiandolare distinse la sclerosi multipla delle ghiandole sanguigne e l'eunucoidismo tardivo: la prima dovuta a modificazioni contemporanee di tutte le ghiandole endocrine, il secondo dovuto a malattia primaria delle ghiandole germinative. Anche altri autori, come Borchardt, ammettono che la insufficienza plurighiandolare possa aversi come sindrome a sè, oppure come manifestazione di un tumore ipofisario da parte delle ghiandole germinative, del timo, del pancreas e dei surreni.

L'A. cita come esempio due casi da lui osservati. In uno, un impiegato di 37 anni, si notava quanto segue: Maturità sessuale iniziatasi a 14 anni, accrescimento del corpo cessato a 18 anni; coniugatosi a tale età, ebbe 5 figli sani. A 26 anni notò che la barba ed i baffi crescevano scarsamente, a 27 anni la potenza e la libido incominciarono a diminuire e si iniziò una cefalea che andò crescendo; tre anni dopo egli era del tutto impotente. All'esame fisico, si notava: altezza cm. 170, peso kg. 70, estremità superiori sproporzionatamente lunghe; pelle, specialmente del viso, gialliccia ed appassita; disposizione dell'adipe a tipo femminile. Viso scarso di mimica; peli ascellari e genitali scarsi, baffi e barba ridotti a peluria. Tiroide lievemente ipoplastica, testicoli e pene normali, non si palpa la prostata. All'esame radiologico, si trova la sella turcica ingrandita; il pavimento cade ripidamente in avanti verso il seno sfenoidale, all'indietro è distrutto; il dorso è spinto all'indietro, decalcificato, assottigliato e scavato. Occhi normali, aumento dei riflessi profondi; leggera diminuzione dell'attenzione; non si osserva glicosuria dopo somministrazione di 200 g. di glucosio.

In questo caso, nella diagnosi differenziale si devono considerare l'eunucoidismo tardivo e la sclerosi multipla delle ghiandole sanguigne. Il primo si esclude per la mancanza di modificazioni macroscopiche ai genitali esterni e per il fatto che i primi sintomi non furono soltanto genitali (impotenza), ma anche del sistema nervoso (cefalee); si ebbe soltanto un arresto di sviluppo dei caratteri sessuali secondari e non una regressione. Ma nemmeno l'ipotesi della sclerosi soddisfa del tutto in quanto che fra il primo sintomo ipofisario (disturbo dello sviluppo del corpo, arresto dei caratteri genitali) ed il manifestarsi del vero ipogenitalismo sono decorsi almeno 20 anni Si potrebbe anche pensare ad una sclerosi multipla delle ghiandole associate al tumore ipofisario, ma manca per la prima l'esistenza di un fattore patologico agente sull'organismo giovane.

Nel secondo caso, si trattava di un sarto di 27 anni che da tempo si lamentava di dolori alle mani ed ai piedi, di facile stanchezza e da qualche mese, di cefalea. Rapporti sessuali iniziati a 18 anni, crescita della barba a 20 anni, non però abbondante. Leggera diminuzione di peso. All'esame fisico, si osserva: altezza cm. 154, peso kg. 52; scarsa l'altezza seduta (cm. 80). Disposizione dell'adipe e forma degli arti a tipo femminile. Peli scarsi; tiroide e genitali esterni normali. All'esame radiologico: volta cranica di spessore normale; sella turcica, il triplo del normale, estesa eccentricamente con dorso reclinato ed assottigliato. Occhi normali. Talora glicosuria spontanea, tal'altra mancante anche dopo la somministrazione di 200 g. di glucosio. Reagisce con febbre alle sostanze piretogene; la temperatura oscilla fra 35°,8 e 36°,4. Metabolismo basale normale; psiche tranquilla.

L'elevata pressione del liquor, le oscillazioni della tolleranza per lo zucchero, la temperatura subnormale ed il quadro radiologico parlano per un tumore ipofisario. Contro la sclerosi multipla delle ghiandole stanno la lentezza dello sviluppo dei sintomi e la mancanza di cachessia. Il quadro è da ascriversi all'ipopituitarismo, che è però da considerarsi soltanto come una forma di passaggio.

La separazione delle modificazioni provocate dai tumori ipofisari in gruppi di sintomi può condurre ad errori poichè, sebbene le singole sindromi indichino certe forme di manifestazioni cliniche, non lumeggiano il processo patologico che le provoca. In questi tumori, l'ipo-, l'iperpituitarismo, la distrofia adiposo-genitalis, la sclerosi multipla delle ghiandole, ecc., corrispondono soltanto a stadi di passaggio e non definitivi. Non si deve dimenticare che il tumore può avere delle fasi di tranquillità a cui succedono delle altre di accrescimento più o meno rapido. Durante l'ingrossamento può accadere che vengano disturbate sempre nuove porzioni dell'ipofisi o dei centri cerebrali, sia per azione meccanica, sia per la chiusura delle vie che trasportano gli increti dall'ipofisi al pavimento del terzo ventri-

colo. Corrispondentemente, il quadro clinico cambia in modo lento ma continuo, riunendo alla fine tutte le differenti manifestazioni. Così può accadere che l'iperpituitarismo giovanile finisca per combinarsi con l'ipopituitarismo dell'età avanzata.

Durante lo sviluppo, il tumore può poi simulare dei quadri clinici tipici di cui l'origine può essere rivelata soltanto con l'analisi dei singoli sintomi e lo studio minuzioso del malato.

La formazione dei caratteri sessuali secondari del resto, non decorre, a quanto sembra, parallela alle altre funzioni delle ghiandole germinative e può anche rimanere scarsa nonostante che potenza e libido siano normali, come si è osservato anche nei casi dell'A. Ciò, del resto, sta d'accordo con i fatti sperimentali osservati da diversi autori che cioè nella spermatogenesi si possono avere degli stati eunucoidi e con le vedute di altri i quali ritengono che il solo tessuto spermatogeno non possa adempiere a tutte le funzioni interne dei testicoli.

Siccome poi è stato dimostrato che una lesione circoscritta del terzo ventricolo è sufficiente per provocare atrofia genitale, è verisimile che la funzione delle altre ghiandole sanguigne dipenda non solo dai rapporti correlativi, ma anche dai centri cerebrali. Depongono in favore di queste vedute anche i fatti degenerativi di tutte le ghiandole endocrine riscontrati da Ascoli e da altri dopo la distruzione di gran parte dell'ipofisi, distruzione che va certamente connessa con lesioni del vicino cervello medio, ed alla quale vanno forse riferiti gli accennati fatti degenarativi. Rimarrebbe però da spiegare la ragione per cui nei tumori ipofisari si abbia talvolta la degenerazione di tutto il sistema endocrino, tal'altra solo di una ghiandola oppure anche nessuna manifestazione da questo lato; ciò trova la sua verisimile spiegazione sia nella diversa tendenza dei tumori all'accrescimento, sia nella debolezza costituzionale delle ghiandole endocrine.

Di un'insufficienza plurighiandolare in senso stretto nei tumori dell'ipofisi non si può parlare. Si può piuttosto asserire che nei tumori a lento sviluppo si hanno, per ragioni tuttora ignote, delle modificazioni degenerative delle ghiandole sanguigne, accompagnate dai corrispondenti sintomi clinici. Questo quadro clinico va differenziato dall'eunucoidismo tardivo in quanto che mancano nell'anamnesi quei fatti (trauma, orchite, ecc.), che sono capaci di turbare la funzione delle ghiandole germinative. Inoltre la ricerca anamnestica accurata finisce col mostrare che il primo sintoma non si è manifestato da parte delle ghiandole. Più difficile è la differenziazione dalla sclerosi multipla delle ghiandole, in tal caso, accanto ai segni del tumore, si dovrà considerare il modo di decorso della malattia, rispettivamente i lunghi intervalli (anche di diecine di anni) fra i singoli sintomi.

Un altro fatto è da porre in rilievo che cioè, nonostante importanti modificazioni della sella turcica, manchino spesso i sintomi classici, specialmente dal lato degli occhi. Si deve però considerare che l'emianopsia bitemporale e la limitazione del campo visivo si avrà soltanto in quei tumori che comprimono il chiasma e che hanno quindi una determinata direzione e localizzazione (tumori intra- e soprasellari, che crescono verso l'avanti). Inoltre, è da tener presente che i disturbi funzionali del cervello medio hanno quasi la stessa importanza dell'ipofunzione dell'ipofisi nella genesi della distrofia adiposogenitalis, del diabete insipido, ecc.; quindi, anche in presenza di dati radiologici positivi, si deve essere molto cauti prima di diagnosticare un tumore dell'ipofisi; tanto più che la deformazione della sella turcica si può avere secondariamente anche in conseguenza di idrocefalo o di un tumore del terzo ventricolo. Nella diagnosi si deve quindi sempre tener conto di tutti i dati e specialmente del decorso della malattia e di alcuni minimi disturbi costituzionali, come la sproporzione fra le singole parti del corpo ed i caratteri eterosessuali, a tipo infantile.

FILIPPINI.

Sui disturbi psichici nelle malattie delle ghiandole endocrine.

(C. M. CAMPBELL. *Endocrinology*, 1925, n. 3).

Vi sono disturbi psichici legati ai vari disturbi endocrini direttamente, altri indirettamente. Le deficienze endocrine possono mettere in evidenza alterazioni psichiche latenti, come è probabile accadesse in un caso di Addison nel quale il senso di fastidio, la sonnolenza, la depressione, erano in tutto simili a quello che il paziente sentiva precedentemente durante gravi indigestioni. Talora il disturbo psichico dipende dalla nozione della gravità del male che il paziente ha. Ciò conduce a stati depressivi, i quali tuttavia possono essere dominati da una energica volontà, al contrario di quanto accade pei stati depressivi costituzionali.

L'A. riferisce alcuni casi di acromegalia in cui si aveva questo disturbo: in altri si aveva solo apatia, o una certa lentezza ideatoria, o diminuzione della memoria.

Negli ipotiroidei ha osservato una certa pigrizia, un disturbo della ideazione o dell'attenzione, pei quali i pazienti restano inoperosi o quasi, ma

sono come assorbiti dall'idea di aver sempre qualche cosa da fare.

Nell'ipertiroidismo invece vi è un'ideazione rapida, tanto che la mente perde più o meno la facoltà di concentrarsi; i pazienti parlano facilmente, e sembrano assumere un carattere ciclotimico.

La castrazione invece tende a modificare il carattere da ciclotimico in schizotimico. Talora porta a stati depressivi con tendenza al suicidio. Nelle donne l'ovariectomia non sempre modifica profondamente il carattere: talora permane un certo grado di desiderio sessuale, e il carattere resta allegro. Quantunque le gonadi abbiano una notevole importanza sul resto dell'organismo, bisogna riconoscere che nelle conseguenze psichiche della castrazione concorrono parecchi fattori.

Il diabete ha generalmente un'influenza depressiva sulla psiche: è più evidente nei periodi di grande debolezza fisica, e forse dipendente da essa. In parte dipende anche dalla coscienza del male.

I rapporti tra disturbi psichici e ghiandole endocrine, quantunque frequentemente ammessi, non sono ancora completamente studiati, e sono da augurarsi a tale intento accurate osservazioni coordinate dell'internista e dello psichiatra.

DORIA.

ORGANI DIGERENTI.

Sulla diagnosi dell'ulcera gastrica mediante le estrazioni frazionate.

(O. ROMPE. *Deutsche med. Wochenschrift*, 15 gennaio 1926).

Sebbene, con l'uso delle ricerche radiologiche, la diagnosi delle malattie gastriche abbia subito notevoli miglioramenti, pure anche per il medico sperimentato è spesso un problema difficile, talora anzi impossibile senza operazione, la diagnosi differenziale fra gastrite cronica, ulcera, carcinoma, anomalie diverse della secrezione ed eventualmente processi infiammatori della cistifellea. Nonostante tutto il moderno armamentario, noi non possediamo fra le ricerche fisiche e chimiche un solo mezzo che, all'infuori di qualche raro quadro radiologico tipico, ci dia la certezza della diagnosi.

Importanti dati (oltre naturalmente a quelli obbiettivi ed a quelli subbiettivi anamnestici di cui non dobbiamo mai fare a meno e che dobbiamo apprezzare nel loro giusto significato) ci sono offerti dai valori dell'acidità. Pure, anche per questi ci troviamo davanti a reperti molto vari: si trova iper-, ipo- ed anche non tanto raramente anacidità. Smithies trovò su 2168 casi, nel 2.6 % deficit di HCl, nel 23 % HCl libero al disotto di 30, nel 41 % HCl normale (40-50), e solo nel 33.4 % valori al disopra del normale. Si trattava però nella maggior parte dei casi di valori ottenuti mediante una sola analisi, la quale riproduceva quindi un solo momento della funzionalità gastrica; viene dunque naturale il ritenere che, mediante le estrazioni frazionate, ci si possa fare un concetto più preciso del chimismo gastrico, avvicinandosi maggiormente allo scopo. In realtà tali ricerche vennero fatte abbastanza spesso in questi ultimi anni, senza però che si sia arrivati ad un reale progresso in questo campo.

L'A. dà la preferenza alla bevanda di alcool al 5 % anzichè alla consueta colazione di Ewald-Boas, poichè in questa la presenza di parti solide disturba il funzionamento della sonda duodenale. Egli osserva inoltre che le opinioni sui risultati ottenuti con le estrazioni frazionate variano secondo i diversi autori. Chiasserini, secondo il modo con cui si svolge la curva per arrivare al punto di massima acidità, stabilisce quattro tipi, nei quali rientrano tutte le curve di acidità normale e patologica; la formazione di una punta ottusa indicherebbe per tale autore l'ipersecrezione ed una eventuale stenosi. Katsch ammette che i valori normali di acidità non vengono sorpassati dagli stomaci patologici. Weitz trovò nelle frazioni dei valori alti di acidità che duravano poco e che non potevano venire riconosciuti mediante una sola estrazione. Ultimamente Wàndorff trovò che, somministrando soltanto 400 cmc. di acqua pura, si hanno, per l'acido cloridrico libero valori di 15-30 e per l'acidità totale di 25-40; il massimo di acidità si raggiunge dopo 3/4 d'ora fino a ore 1 e 1/2: in seguito si ha una lenta discesa della curva.

Nelle sue ricerche l'A. ha usato la tecnica seguente. Al paziente si danno 300 cmc. di una bevanda alcoolica al 5 %. Contemporaneamente gli si fa inghiottire la sonda duodenale che deve essere introdotta al massimo per 55-60 cm. dai denti anteriori e che viene fissata per mezzo di pflaster; in casi dubbi si stabilisce la posizione della sonda con la transilluminazione. Per mezzo di una siringa Record si estrae il succo ogni 10 minuti nella prima ora ed ogni 15 nella seconda, dopo che si è introdotta una certa quantità di aria nello stomaco (per mezzo di movimenti di palpazione oppure insufflandola) allo scopo di assicurare la miscela di ciò che il paziente ha ingerito. Questi viene invitato a non inghiottire nè saliva nè sputo. Sul succo estratto si dosa l'acido cloridrico per mezzo della fenolftaleina.

L'A. ha dapprima fatto ricerche su soggetti normali ed in seguito su quelli in cui la diagnosi era assicurata dall'anamnesi e dalle diverse ri-

cerche oppure dai reperti operatori ed ha poi provato il metodo in casi dubbi. Egli ha così stabilito diverse curve del chimismo gastrico fisiologico ed ha anche confermato il decorso già descritto, lento e ritardato, della curva nella gastrite in presenza del quale si può assolutamente escludere l'ulcera.

In soli due casi l'A. ha trovato la curva rampicante (*Klettercurve*) che, secondo Rehfus, sarebbe patognomonica di ulcera duodenale. Invece, nella maggior parte dei pazienti con ulceri ottenne risultati che vennero poi confermati da ulteriori ricerche e che quindi, in unione con i dati anamnestici, possono considerarsi come patognomonici. Si ha cioè un innalzamento che si inizia improvvisamente, mantenendosi alto per una lunga fase, tutt'al più con scarse oscillazioni e poi discendendo rapidamente alla curva abituale. Graficamente, la curva si presenta come un tronco di cono appiattito, una specie di altipiano. L'altezza del valore di acidità sembra indipendente dal decorso poichè questo rimane uguale nell'ulcera iper- come nella ipoacida. Anche i rapporti col tempo non hanno importanza, perchè l'accennato decorso si può iniziare subito dopo l'ingestione oppure invece 2-3 ore più tardi, ma pur sempre nella forma descritta; contemporaneamente al massimo di acidità, si ha anche il massimo di dolori. Il massimo di acidità è di 20-110 di HCl più elevato che la curva media ed ha una durata di 30-90 minuti.

La curva dell'HCl libero decorre nell'insieme parallela a quella dell'acidità totale e solo ne devia nei casi di gastrite con abbondante secrezione di muco. Nella maggior parte dei casi osservati, il succo gastrico era limpido ed incoloro come l'acqua e soltanto in alcuni casi con bassi valori di acidità aveva un colore verdiccio in conseguenza della miscela di piccole quantità di bile; in tali casi si aveva anche abbondante secrezione di muco.

L'A. riporta alcune osservazioni in cui le curve erano tipiche per l'ulcera; in un altro caso, la curva era fortemente sospetta per la gastrite e non lo era affatto per l'ulcera; siccome il paziente, nonostante il trattamento continuava ad avere dolori, lo si sottopose all'atto operativo in cui si ebbe un reperto del tutto negativo per l'ulcera (in atto o guarita) dello stomaco come del duodeno.

Si deve quindi ritenere che, in complesso, il metodo delle estrazioni frazionate è quello di scelta per orientarci con sicurezza sul funzionamento dello stomaco dal punto di vista chimico; comunque, esso è indubbiamente superiore a quello che comporta una sola estrazione. Esso inoltre, in casi difficili ci dà la possibilità di porre la diagnosi probabile e deve essere usato in tutti i casi dubbi. Beninteso non si deve fondare la diagnosi unicamente sulla curva tipica poichè è ovvio che manca finora una esperienza larga in modo da permettere un sicuro apprezzamento del valore di questo segno.

FILIPPINI.

Dell'occlusione acuta del piloro nel corso di stenosi.

(DELORE, DE ROUGEMONT e CREYSSEL. *La Presse médicale*, n. 101, 1925, p. 1667).

In alcuni casi di stenosi pilorica intervengono delle manifestazioni acute di intolleranza gastrica assoluta, caratterizzata da vomiti incoercibili, che possono causare la morte dell'ammalato.

In tali condizioni la diagnosi spesso si precisa tardi e spesso non si deduce in tempo utile l'indicazione di un intervento di urgenza, come nelle sindromi occlusive degli altri segmenti del tubo digerente. Così si spiega l'alta mortalità nella maggior parte degli interventi e si ebbe la guarigione solo nei casi nei quali l'intervento fu precoce.

Gli AA. riportano 7 osservazioni personali in individui con stenosi piloriche in quattro casi benigne, in un caso da aderenze consecutive a colelitiasi, ed in due casi da tumore; intervenne sempre oltre la seconda settimana dall'inizio del vomito incoercibile, in media tra il 15° e il 25° giorno, ed in condizioni gravissime degli infermi; ebbe in 5 casi la morte nei primi giorni dall'intervento, in un caso (di stenosi neoplastica del piloro) morte dopo un anno per generalizzazione del tumore ed in un sol caso la guarigione.

Gli AA. fanno notare come l'occlusione acuta del piloro si possa avere tanto in sofferenti da lunghissima data di disturbi digestivi, quanto in individui nei quali l'occlusione acuta del piloro appare come accidente primario.

In un primo periodo il sintoma capitale è costituito dai vomiti, poco abbondanti, ripetuti, impellenti, sopraggiunti spontaneamente di giorno o di notte, con interruzione dell'alimentazione e ad accessi che si rinnovano sempre più frequentemente di ora in ora; dolore gastrico. All'epigastrio si designa lo stomaco teso, duro, animato da onde peristaltiche attive. Condizioni generali ancora buone.

I vomiti simili a quelli incoercibili delle gravide non cessano nè col riposo, nè col digiuno, nè con medicamenti. Il sondaggio gastrico può riuscire poco fruttuoso per particelle solide di alimenti ingeriti i giorni precedenti, ostruenti la sonda. Tali infermi operati in questo primo periodo guariscono di regola.

Dalla seconda settimana si stabiliscono alterazioni progressive delle condizioni generali. I vomiti possono cessare del tutto, subentra uno stato semicomatoso, il respiro diviene frequente, il polso si affievolisce; scarse urine, a volte anuria o albuminuria. Lo stomaco si vuota del suo contenuto, si rimpiccolisce; in alcuni si ha la morte senza neppure poter tentare l'intervento, in altri, nei quali si interviene, si nota che i tessuti superficiali sono esangui, lo stomaco si presenta cianotico, violaceo, e nonostante un lieve miglioramento dopo l'intervento si ha la morte. Tale quadro è del periodo di *inanizione e d'intossicazione*, mentre il primo si dice di *vomito incoercibile*.

Esiste costantemente nel piloro una lesione anatomica, sia essa compressione estrinseca per flogosi delle vie biliari, sia per ulcera o neoplasma del piloro. Giammai si ebbe per spasmo da ulcere della piccola curvatura. Dietro all'ostacolo si ha ipertrofia della muscolare, che si presenta indurita per l'edema, come cartone rammollito; mucosa, sopratutto dell'antro pilorico, rosso-carminio, infiltrata, desquamata; sierosa lucida, friabile. Cianosi dei visceri contrastante con l'aspetto anemico dei tessuti della parete addominale.

Col determinarsi dell'occlusione all'ostacolo pilorico si aggiunge, secondo gli AA., lo spasmo secondario, da riportarsi o all'intossicazione o all'infezione. Più probabile quest'ultima per l'aspetto infiammato dello stomaco, per la coesistenza spesso di infezioni nel corso di gastriti ulcerose o come complicanza di neoplasmi, per la coincidenza a volte di simili disturbi nei periodi di cambiamento di stagione quando sono più frequenti le infezioni boccali o digestive. Secondo gli AA. è l'infezione acuta che porta all'occlusione.

Ad aggravare le condizioni generali intervengono l'inanizione, la disidratazione, l'intossicazione, quest'ultima per maggiore assorbimento di prodotti tossici attraverso la mucosa gastrica alterata, o per assorbimento del duodeno, quando vi passino piccole quantità di contenuto gastrico tossico saltuariamente attraverso il piloro. E ciò spiega la morte degli infermi operati di gastroenterostomia nel 2° periodo, di inanizione o di intossicazione.

Da ciò si deduce la necessità di una sollecita diagnosi.

Richet, Le Noir e Jacquelin attribuivano il vomito incoercibile nel corso di ulcera gastrica ad insufficienza epato-renale, e perciò il trattamento medico avrebbe un'azione rapida ed efficace. Nel primo stadio dell'occlusione acuta del piloro si può tentare tale cura, ma quando essa è inefficace bisogna d'urgenza, senza attardarsi, drenare lo stomaco, con una gastroenterostomia, che gli AA. consigliano di praticare col bottone di Jaboulay. È indispensabile evacuare il contenuto prima di stabilire l'anastomosi.

JURA.

TERAPIA.

Il trattamento della paralisi progressiva con la malaria.

(NONNE. *Medizinische Klinik*, 4 dicembre 1925).

Il Nonne in questa conferenza detta alla riunione annuale dei neurologi e psichiatri tedeschi espone i risultati delle sue esperienze sul trattamento della paralisi progressiva con la inoculazione dell'infezione malarica. Sottopose a tale trattamento 450 paralitici e 30 tabetici, e nei 322 casi che potette seguire per un certo periodo, constatò la guarigione nel 30 %, ossia la stessa percentuale ottenuta da altri autori. S'intendono guariti coloro che dal punto di vista mentale si possono considerare praticamente normali ed in grado di attendere alle loro occupazioni ed al loro mestiere. Per quel che riguarda il risultato del trattamento negli altri pazienti il Nonne trovò che la percentuale di coloro che ritornarono capaci solo ai lavori di poco conto, che non erano più bisognosi di ricovero manicomiale pur restando inidonei a qualsiasi lavoro, ed infine di coloro che non migliorarono affatto, era analoga a quella ottenuta da altri clinici. Tra i pazienti che guarirono fino al punto da recuperare intera la capacità di attendere alle primitive mansioni vanno ricordati: un capotreno, il capo di una grande azienda agricola, un negoziante nel Sud Africa, un professore di seminario, un grande industriale, un fabbricante di organi, un maggiore dell'esercito, la moglie di un medico.

L'esperienza ha dimostrato che possono avere un decorso favorevole anche quei casi che si presentano fin dal principio con uno stato demenziale. Tuttavia quando la demenza è già bene sviluppata, ossia quando è passata allo stato cronico, il risultato è negativo. Ed in effetti reagiscono meglio i casi nei quali il trattamento è stato praticato nel periodo iniziale. Fortunatamente ora si è in grado di diagnosticare la paralisi progressiva al suo primo manifestarsi.

Nei 322 casi trattati con la malaria si ebbero 26 decessi ossia l'8 %. In 13 soggetti la causa della morte fu l'insufficienza cardiaca dovuta alla esistenza di aortite sifilitica; in 9 casi la morte fu determinata da broncopulmonite, pulmonite, embolismo pulmonare, sepsi ed ileo paralitico; e 4 soggetti morirono per malaria, perchè fu loro iniettato il sangue di un individuo che aveva sofferto terzana tropicale.

L'esperienza ha dimostrato che le norme che si devono seguire nel trattamento della paralisi progressiva a mezzo della infezione malarica, sono le seguenti:

1) I paralitici inoculati con la malaria devono considerarsi come malati gravi, e devono pertanto essere curati in ospedale o cliniche e ogni giorno visitati dal medico;

2) I pazienti deboli non devono essere sottoposti al trattamento malarico;

3) Si devono adoperare esclusivamente ceppi di terzana mite, la cui diagnosi sia stata accertata mediante parecchi trapianti;

4) Il sangue deve essere quotidianamente esaminato, per interrompere la cura quando si constati che il sangue è stato invaso dal parassita malarico;

5) Il paziente deve essere dimesso solo quando è guarito della malaria.

Nei casi esaminati solo eccezionalmente si trovò la milza ingrandita fino ad essere palpabile. Non di rado però l'area splenica si trovò sensibile alla pressione.

È interessante il fatto che lo stesso ceppo di parassiti raramente dava la medesima forma febbrile: in un soggetto si aveva il tipo quotidiano, in un altro quello terzano; forte brivido e febbre alta in uno, l'inverso in un altro; in alcuni casi gli accessi febbrili si ripetevano con i medesimi caratteri, mentre in altri si avevano sensibili variazioni. Si constatò anche che un ceppo il quale produsse alte temperature, forti brividi e collasso, in alcuni casi provocò forme febbrili lievi.

In due casi non si ebbe alcuna reazione anche dopo ripetute inoculazioni; in un caso il brivido e la febbre cessarono spontaneamente e non si ebbe alcun'altra reazione alla reinoculazione.

I fatti su accennati fanno ritenere che la gravità e la forma della malaria non dipendono dai caratteri del parassita ma dall'organismo che l'ospita. Allo stesso modo il decorso e la localizzazione della sifilide non dipendono dal tipo dello spirochete. Al riguardo Nonne esprime l'opinione che la distinzione tra spirochete neurotropo ed organotropo sia insostenibile.

Il miglioramento clinico dei paralitici non fu sempre in rapporto all'altezza della febbre ed all'intensità del brivido.

In alcuni casi comparve un evidente miglioramento delle condizioni psichiche durante il periodo febbrile, ma nella maggioranza dei casi il miglioramento si ebbe dopo alcuni giorni ed anche settimane, e qualche volta dopo mesi e anni.

In alcuni casi si ebbe un considerevole peggioramento dello stato mentale sia durante che dopo la cura.

Mühlens ha suggerito di sospendere la cura quando i plasmodi circolanti nel sangue diventano molto numerosi e raccomanda perciò di praticare l'esame del sangue ogni giorno. Nonne ha constatato che si può verificare il collasso anche quando i plasmodi contenuti nel sangue sono poco numerosi e che viceversa molti casi decorrono benignamente malgrado i numerosi parassiti contenuti nel sangue. Pertanto anche nel caso in quistione ciò che deve fornire il criterio direttivo della condotta è il quadro clinico.

Wagner von Jauregg consiglia per i soggetti meno resistenti di praticare la cura in due periodi con l'interruzione di parecchie settimane; di mitigare il decorso dell'infezione malarica con la somministrazione intercorrente di 25 cgr. di chinino; di praticare l'inoculazione per via intradermica, con cui spesso si evita il tipo febbrile quotidiano. Nonne ha trovato che questi suggerimenti vanno seguiti.

Skalweit ha esaminato il sangue dei paralitici prima e dopo il periodo febbrile. Egli trovò che dopo l'accesso si ha una forte linfocitosi, che persiste a lungo e scompare generalmente per lisi. Nei paralitici nei quali all'inoculazione malarica segue la remissione, la formula leucocitaria diventa simile a quella della sifilide cerebrale. E nota che in quest'affezione c'è linfocitosi, mentre nella paralisi progressiva c'è linfopenia. Skalweit venne perciò alla conclusione che l'infezione malarica intercorrente scuote il rapporto tra virus sifilitico ed organismo, per cui il paralitico è in grado di reagire come un luetico terziario.

È stata anche discussa la quistione se il trattamento malarico escluda la cura specifica antiluetica. Wagner von Jauregg ritiene che si debba successivamente somministrare il salvarsan, altri consigliano il mercurio e il bismuto. Nonne ha messo in pratica questi vari metodi e non sa a quale dare la preferenza. Egli ha avuto buoni risultati anche dalla sola cura specifica, senza inoculazione di malaria.

È anche in discussione la quistione se il trattamento malarico debba ripetersi. Al riguardo non si possono dare norme generiche, perchè tutto dipende dal comportamento dei singoli casi. Nonne opina che l'inoculazione debba ripetersi non appena si manifesta un peggioramento.

Il reperto del liquido cefalo-rachidiano spesso non va d'accordo con il quadro clinico. Nei casi nei quali si ha la guarigione clinica raramente il liquor dà un reperto normale.

Sträussler e Koskinas che esaminarono il materiale di Wagner von Jauregg trovarono che le remissioni cliniche hanno la loro corrispondenza nel reperto anatomico. Essi trovarono in un gran numero di casi, che avevano subìto l'azione di oltre 5 accessi malarici, scarse lesioni istologi-

che, e per qualche caso potettero addirittura concludere per la guarigione anatomica; in più di un terzo dei casi esaminati trovarono un reperto che dimostrava la regressione delle alterazioni istologiche. I detti autori rilevarono che non si trattava di una vera guarigione, ma di una remissione del quadro istologico. Il carattere dell'infiammazione si era alterato dando luogo ad un processo infiammatorio alla Bier, provocato dalla malaria o direttamente o dall'attivazione dell'organismo verso l'agente patogeno. Dal materiale di Nonne furono esaminati da Pette 14 casi, nei quali la morte avvenne durante o subito dopo la cura. Egli trovò che il reperto anatomico non si differenzia da quello abituale.

I casi di tabe trattati dal Nonne con la malaria furono 23. In alcuni casi si ebbe un evidente miglioramento. Ma nella maggioranza dei casi i sintomi radicolari ricomparvero. Anzi talvolta durante l'accesso febbrile i dolori lancinanti e le crisi gastriche si aggravavano, ricomparivano di nuovo o anche si manifestavano per la prima volta.

Dalle sue esperienze Nonne ha riportato la convinzione che la inoculazione della malaria deve essere considerato il trattamento d'elezione della paralisi progressiva; per la tabe non si può giungere alla medesima conclusione.

DR.

MEDICINA SPERIMENTALE.

Ricerche sperimentali sul sintomo endoteliale.

(WALTERHÖFER. *Münchn. Med. Woch.*, n. 43, 1925).

La stasi determinata da un laccio che inibisca incompletamente la circolazione di un arto provoca anche nei sani la comparsa di emorragie cutanee capillari nelle regioni al disotto del laccio. In generale le petecchie si ottengono più facilmente, più precocemente e più numerose nella donna. Praticando in due arti omologhi, una stasi di eguale pressione e durata, si provocano delle emorragie simmetricamente eguali per grandezza, numero, estensione e tempo di comparsa. Perciò l'osservazione simultanea dell'effetto della legatura su due arti omologhi permette di dimostrare rapporti tra la comparsa delle petecchie e gli stimoli termici, meccanici, dolorosi. Questi stimoli influenzano la comparsa di emorragie sia localmente (nella regione in cui vengono applicati) che in punti lontani. L'influenza locale permette di riconoscere l'esistenza di un complesso meccanismo regolatore periferico, l'influenza lontana si compie con l'intermezzo di vie nervose che conducono gli stimoli locali a centri midollari vegetativi e da qui ai territori capillari a questi centri subordinati. Le reazioni stesse consistono in variazioni funzionali di permeabilità della parete capillare. L'esame del fenomeno endoteliale con la stasi incompleta permette di studiare lo stato funzionale delle pareti capillari. Così negli stati di ipertonia e nel morbo di Basedow gli stimoli termici sono sufficienti a determinare un aumento della permeabilità. Portando a contatto con le regioni cutanee sottostanti al laccio, dell'acqua riscaldata a 50°, anche nell'uomo normale le petecchie compaiono più numerose, più grandi e più precocemente nelle regioni riscaldate, che non in quelle omologhe dell'altro arto; mentre nelle regioni non a contatto con l'acqua calda le petecchie sono meno numerose che non nelle regioni omologhe dell'altro arto. Questa azione indiretta inibente le emorragie si osserva anche se si fa agire lo stimolo termico nelle regioni al di sopra del laccio. Anche nelle regioni irritate col freddo si manifestano delle petecchie, tanto più precocemente quanto più intenso è il raffreddamento; però le petecchie restano sempre rare e piccole, al contrario di quanto si osserva per l'applicazione di calore. Nelle regioni su cui non è direttamente applicato lo stimolo del freddo si manifestano emorragie imponenti; l'azione indiretta dello stimolo del freddo è quindi opposta a quella che si ottiene con lo stimolo del caldo. Uno stimolo traumatico meccanico eseguito senza determinare lesioni della cute, provoca la comparsa di numerose emorragie nell'arto sottoposto a stasi incompleta; emorragie che compaiono oltrechè nei punti direttamente lesi anche nelle altre regioni (azione indiretta). Spesso nelle regioni direttamente lese meccanicamente, si manifesta un edema locale in forma di infiltrato che o assume subito un colorito bluastro, oppure nei giorni successivi mostra un colorito giallo verdastro.

POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

GIUSEPPE MARIANI. *La questione sessuale. Fisiopatologia, sociologia e legislazione sessuale.* Milano, Soc. an. Istituto editoriale scientifico, pp. VIII-457. L. 50.

È questa la prima opera organica pubblicata in Italia sulla questione sessuale e dobbiamo essere grati al giovane clinico di Bari di avere affrontato un così arduo tema, di averlo esaminato sotto ogni punto di vista e di averlo svolto in modo veramente completo e magistrale.

L'opera si compone di due parti: la prima è un esame obbiettivo dei vari aspetti della questione, dei legami fra il modo di essere di ogni individuo e la sua personalità sessuale e quindi

dei rapporti fra le più diverse espressioni della vita sessuale e le svariate forme della vita sociale. Attraverso lo studio dell'evoluzione storica e sociale della sessualità, della genesi e dell'evoluzione biologica dell'amore e dell'evoluzione costitutiva della sessualità sociale, l'A. affronta il problema del matrimonio, dell'amore libero e della prostituzione e quello, che può considerarsi come il perno della questione, delle malattie infettive legate all'atto sessuale che egli, con parola più appropriata, chiama *intersessuali* studiandone, da maestro, il valore individuale e sociale, l'origine e la diffusione.

Nella seconda parte il Mariani prende in esame e riassume lo sviluppo e lo stato attuale del movimento sessuologico, esamina il problema eugenico (profilassi contro i fattori patologici ereditari), dell'educazione sessuale basata sopra la conoscenza intima e diretta dello sviluppo sessuale nei vari soggetti ed estrinsecantesi come opera stimolatrice delle tendenze normali ed utili ed inibitrice invece sulle tendenze anormali e dannose in rapporto con l'impulso sessuale ed in genere con la vita psichica individuale.

Questo è certamente uno dei più interessanti capitoli di tutta l'opera, denso di osservazioni e lumeggiato com'è dallo studio delle più recenti dottrine sulle sindromi ormoniche.

Ad esso tiene dietro il quarto capitolo « patologia ed igiene sessuale », integrato dallo studio dei provvedimenti legislativi sia nel campo sanitario propriamente detto, sia in quello della previdenza sociale e della tutela del buon costume.

A questo proposito l'A. si dichiara per l'abolizione delle case di tolleranza, per la lotta ad oltranza contro lo sfruttamento della donna nel campo sessuale, per l'abolizione di una speciale polizia dei costumi e per il trattamento delle malate veneree (all'infuori naturalmente da ogni questione che si riferisca ai reati comuni od alla presenza di stati psichici degenerativi) sotto un punto di vista sanitario, alla stregua dei malati venerei, con qualche restrizione per quelle donne che, stimolate dal loro stesso interesse o a ciò costrette per misure di ordine pubblico, in seguito alla deliberazione di uno speciale comitato ispettivo misto, vengano a far parte di una classe di professionali da considerarsi alla pari di individui sottoposti ad uno speciale regime sanitario e in relazione con i particolari contratti sessuali da esse stipulati ordinariamente.

L'opera di vigilanza ed il regime sanitario speciale accettato da queste professionali o loro imposto come condizione di libero esercizio, dev'essere concretato e praticato per cura delle autorità municipali, seguendo concetti generali di profilassi antivenerea, per mezzo di uno speciale ufficio alle dipendenze dirette del medico capo municipale coadiuvato da uno o più specialisti titolati.

Come si vede, il Mariani è quel che si dice un liberista ed auspica nelle sue conclusioni la realizzazione, nelle loro linee generali, dei postulati di una scuola che ha sempre tenuto a scindere il problema sanitario da quello della tutela dell'ordine pubblico e del buon costume: problemi che hanno scopi e finalità diversi e la cui soluzione richiede, com'è naturale, metodi e personale distinti fra di loro.

Checchè se ne possa pensare dai così detti regolamentaristi, questi concetti vanno segnalati sia per la grande autorità e competenza dell'A., sia perchè il Mariani è un sifilografo e proprio fra i sifilografi si trovano, in Italia almeno, i più accaniti oppositori a questa corrente liberale che forse sarebbe più opportuno definire umana e razionale.

Ma a parte questo, il libro del Mariani rivela la profonda competenza dell'A. in tutti i rami di questo grave argomento, la sua completa preparazione nell'affrontare lo studio, e lo spirito largo e sereno che ispira tutta l'opera e la pervade di un senso di umanità e di calore che ne rende la lettura più che mai attraente e piena d'interesse.

L'opera è dedicata alla Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali, alla Società Italiana di eugenica ed eugenetica, alla Lega Italiana contro il pericolo venereo, alla Società Italiana di dermatologia e sifilografia. Nessun dubbio che da un libro così profondo e così sentito, questi sodalizi sapranno trarre nuovo e più forte incitamento a proseguire « in un'armonica fusione di tutte le energie italiane » nei loro studi, nelle loro ricerche e nella loro opera di redenzione sociale.

V. MONTESANO.

H. MONTLAUR. *Syphilis acquise. Les consultations journalières*. C. Doin e C. éditeurs. Paris 1926, p. 300.

Piccolo volume, d'indole assolutamente pratica, nel quale la materia è esposta in modo succinto e sotto la forma di consultazioni, ognuna delle quali corrisponde ai sintomi capitali della sifilide nelle sue fasi più abituali e in cui sono esposti i motivi della consultazione, la diagnosi differenziale, le eventuali complicazioni, ecc.

Precedono due capitoli sulla generalità della infezione e sui vari medicamenti più in uso nella cura di essa: il quarto ed ultimo capitolo è dedicato alla cura: trattamento preventivo, cura così detta di attacco, nel periodo primario e se

condario, cura del periodo terziario, dell'aortite, della sifilide nervosa in genere e della paralisi progressiva in specie, della sifilide in gravidanza e finalmente cura dei malati con siero-reazione « irreducibile » o nei casi d'intolleranza ai vari medicamenti.

Nulla di nuovo: ma il metodo *sui generis* e la chiarezza dell'esposizione rendono utile ed attraente la lettura di questo manualetto il quale va perciò consigliato ai medici pratici e a coloro che vogliono iniziarsi allo studio della sifilografia.

V. MONTESANO.

W. SCHOLTZ. *Die innere Behandlung der Hautkrankheiten.* Halle a. S. 1925. Carl Marhold ed., p. 37, seconda edizione.

Questo lavoro fa parte della collezione di monografie di dermatologia e sifilodologia pubblicate a cura dei professori Jadassohn e Pinkus ed è una rapida rassegna dei sistemi di terapia interna nelle dermatosi dai tempi che precedettero Hehra, quando le malattie cutanee si consideravano essenzialmente quali sintomi o conseguenze di alterazioni dello stato generale, sino ai nostri giorni, in cui vennero in onore le teorie immunitarie, chemioterapiche e la dottrina delle glandole a secrezione interna.

L'A. prende in esame anzitutto le dermatosi legate a malattie di organi interni o ad una data alterazione dello stato generale (morbo di Addison nelle lesioni delle capsule surrenali, lo xantoma nei diabetici, il prurito negl'itterici, le balaniti e gli eczemi genitali nei diabetici, ecc.), poscia le dermatosi in rapporto alle intossicazioni ed alle autointossicazioni (eritemi medicamentosi, strofulo, prurigo, malattie cutanee nella gravidanza, eczemi dei gottosi): il pemfigo e la dermatite erpetiforme; l'eritema essudativo, l'acne rosea, l'herpes zoster, il lupus eritematoso, ecc.

Un cenno particolare è fatto sulla cura interna delle dermatosi parassitarie (*immuno-terapia* specifica, tricofizie, furuncolosi e sopratutto nella tubercolosi; *chemioterapia* nella sifilide e forse nel lichen ruber) e sull'azione del salvarsan in numerose dermatosi, quali il lupus, il pemfigo, il così detto sarcoma del Kaposi, la micosi fungoide, le blastomicosi, e dell'arsenico in genere sopra numerose malattie cutanee.

Chiude il lavoro un rapido accenno all'uso del jodo, dell'ittiolo e dello zolfo per via interna in dermatologia.

Lavoro sintetico, assai bene ordinato ed interessante anche come rapida rassegna delle moderne vedute sulla patogenesi delle dermatosi.

V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Ospedale Maggiore di Bologna.

Seduta del 31 gennaio 1926.

Presidenza: prof. FRANCHINI.

Casi di costola cervicale.

Prof. C. GAMBERINI. — L'O. presenta una donna di 22 anni, operata da due mesi nella quale da un anno erano insorti contemporaneamente forti dolori alla spalla e al braccio sinistro e un singhiozzo molestissimo. In seguito all'asportazione di una costola cervicale, articolata sulla 1ª costola, sono cessati i dolori dell'arto e il singhiozzo.

Presenta poi un secondo malato di 17 anni con gravi disturbi circolatori per costola cervicale s. Egli ha la mano gonfia, edematosa, fredda; i fatti, degradando, si estendono fino al gomito; il colorito delle dita è cianotico; non si avverte polso all'avambraccio ed al gomito. I disturbi, iniziatisi da due mesi con carattere intermittente, sono da 10 giorni permanenti e, da allora, si è aggiunto un dolore violento. L'O. si riserva di riferire i dati che gli saranno forniti dal reperto e dal risultato operatorio per l'interpretazione dei sintomi e specialmente della soppressione del polso, la cui spiegazione è ancor tanto discussa.

L'O. dice che in due anni egli ha osservato altri due casi di disturbi da costola soprannumeraria, che non ha potuto rintracciare.

CONTI. — Porta un contributo di quattro casi osservati durante il servizio di aiuto all'Ospedale Maggiore e nella pratica privata. Propende a spiegare il singhiozzo del caso citato dall'O. come effetto di irritazione del simpatico cervicale.

FRANCHINI. — Crede che certi disturbi nervosi (dolori) accompagnanti talora le costole cervicali possano spiegarsi con l'ammettere concomitanti lesioni articolari croniche di tipo deformante della colonna vertebrale, le quali sono più frequenti che altrove precisamente nei tratti di passaggio fra l'un segmento e l'altro della colonna. Quanto ai disturbi circolatorî, l'origine di questi — se nervosa o meccanica — sarà sempre meglio e più sicuramente documentata dalle eventuali alterazioni del circolo venoso (stasi, edemi, ecc.) che non di quello arterioso.

BUSACCHI. — Cita un caso di edema e cianosi di un arto superiore che durante la guerra era passato per autolesionismo e nel quale egli potè dimostrare che i disturbi erano dovuti a costola cervicale soprannumeraria.

LANZERINI. — Dice che il soffio sistolico riscontrato in due casi alla fossa sopraclavicolare del lato della costola soprannumeraria l'induce ad attribuire a causa meccanica i disturbi circolatorî, anzichè ad irritazione del simpatico.

Pneumatocefalo traumatico.

MONARI A. — L'O. riferisce di un ragazzo di 10 anni ricoverato d'urgenza con segni di commozione cerebrale, frattura della volta e della base cranica

e con presenza di una vasta breccia del cuoio capelluto.

I famigliari che accompagnano l'infermo raccontano che esso è stato investito da un camion e travolto sotto le ruote.

Dall'indagine radiologica, eseguita 48 ore dopo il trauma, risultò quanto segue: « Frattura dei temporali e dei parietali senza infossamento dei frammenti. Presenza in piena massa cerebrale, in corrispondenza dei ventricoli laterali, di due zone e trasparenza gassosa, riproducenti lo stampo delle cavità dei ventricoli laterali e che stavano a significare la penetrazione di aria nei ventricoli stessi ».

Circa la porta di ingresso e la via seguita dal gas per raggiungere i ventricoli laterali, l'O. ritiene che esso, penetrato attraverso la breccia del cuoio capelluto e della teca cranica negli spazi subaracnoidei, sia giunto di qui, per i fori di Mangendiè e di Luschka, al IV ventricolo; successivamente, attraverso l'acquedotto Silviano, il III ventricolo e i fori di Monro nei ventricoli laterali.

Le radiografie eseguite 8 giorni dopo il trauma non misero più in evidenza il « pneumomatocefalo », ciò che stava ad indicare che il gas era stato completamente riassorbito.

Il ragazzo, superato un primo periodo di circa 8 giorni durante il quale le sue condizioni furono gravissime, andò nelle settimane successive migliorando e dopo 2 mesi uscì dall'Ospedale completamente ristabilito.

L'O. produce in merito i radiogrammi eseguiti e proietta alcune diapositive.

A. CIVIDALI, *segretario.*

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 29 novembre 1925

Presidenza: Prof. C. CAPEZZUOLI.

L'anchilostomiasi in Romagna.

PANTALEONI P. (Forlì). — Dopo essersi occupato della storia, passa a trattare della distribuzione e della malattia e ricorda i casi da lui identificati nel Circondario di Forlì, intrattenendosi sulla cura.

CHIADINI M. (Forlì). — L'O. richiamando i suoi studi precedenti ricorda che l'esame delle feci è l'unico mezzo per la diagnosi; ma deve essere operato in grande, e cioè le materie fecali van sciolte tutte in molt'acqua; si decanta poi la soluzione e il residuo si passa per uno staccio numero 000 che vien lavato abbondantemente con un getto forzato. Si decanta di nuovo, e si centrifuga; sul deposito si fa la ricerca ed il conteggio. Questa operazione va ripetuta molte volte.

Si può ritenere che uno dei metodi migliori, se non più economici, sia quello di cospargere di sale comune i cantieri di lavoro, le gallerie di carreggio, i luoghi umidi di ritrovo degli operai, le latrine, le fornaci, gli orti, i campi infetti, ecc.

Cistoma ovarico con torsione del peduncolo ed ipoplasia dell'utero.

LORETI M. (Imola). — Descrive un caso di cistoma ovarico ritorto tre volte sul suo peduncolo, unito ad ipoplasia dell'utero: fa alcune considerazioni patogenetiche.

Studio critico dei moderni mezzi per la cura della scabbia.

PISTOCCHI G. (Forlì). — Secondo l'avviso dell'O. si possono così ricapitolare le qualità più salienti dei medicamenti antiscabbiosi da consigliare al medico pratico per la sua clientela. I preparati che possono liberare in 24 o 48 ore un paziente dalla scabbia senza insudiciare, senza farlo lasciare le sue occupazioni, senza irritare la pelle nè i reni, anche nei lattanti, proprio secondo la formula degli antichi chirurghi: Tuto, Cito, Iucunde sono il Mitigal Bayer, la Catamin Riedel, l'Ecrasol Schürholz, il Peruol Agfa.

Per i bambini lattanti si può usare l'unguento allo stirace che ha buon odore ed è del tutto innocuo.

Il Balsamo del Perù è più profumato ma può dare qualche volta irritazioni ed intossicazioni. Questi balsami rispondono bene ma costano molto. I medicamenti che costano poco e si devono quindi usare nelle famiglie povere sono la pomata Millian e, con prudenza, l'Acoderme Baldacci.

Il sapone Antipsorico Cassia serve per quegli individui che hanno poche manifestazioni scabbiose o non vogliono ungersi.

Casi famigliari di distrofia muscolare progressiva di Erb.

GIUGNI F. (Lugo). — Presenta un ragazzo di 12 anni in cui è evidente l'atrofia dei gruppi muscolari degli arti e del tronco. Persiste una pseudoipertrofia dei polpacci. È il secondo di tre fratelli. Il maggiore iniziò alla stessa età con fatti di pseudo-ipertrofia agli arti inferiori, ed attualmente, a 19 anni, l'atrofia muscolare è generalizzata e il malato è impotente a muoversi. Nel fratello più piccolo che conta 6 anni sono già presenti iniziali fatti che fanno sospettare la distrofia muscolare. Illustra brevemente il caso nella sua sintomatologia e nelle particolari reazioni elettriche.

Tre casi di reumatismo cerebrale.

DAL PRATO F. (Imola). — L'O. espone la storia clinica di tre donne ricoverate per reumatismo articolare acuto, nell'Ospedale Civile di Imola, diretto dal prof. Capezzuoli. Dalla 7ª alla 9ª giornata di malattia, le pazienti furono prese da violento delirio e viva agitazione con elevarsi rapidissimo della temperatura e della frequenza di respiro e di polso. In meno di 12 ore in 2 casi, in meno di 24 nel 3° avvenne l'exitus con 44° di temperatura all'ascella ed ulteriore elevazione postmortale.

Posta la diagnosi di reumatismo cerebrale acuto l'O. fa alcune considerazioni patogenetico-cliniche ed alcune proposte terapeutiche.

Dott. PAOLO GALLI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'albuminuria ortostatica.

J. W. Russel (*The Lancet*, 3 ottobre 1925) osserva che parecchi pazienti con scarlattina che non presentano albuminuria durante il periodo in cui si trovano a letto, hanno poi albuminuria ortostatica non appena si alzano. Spesso tale albuminuria persiste per lungo tempo o per sempre. È da ritenersi che alcuni casi diagnosticati per nefrite scarlattinosa non siano altro che un'albuminuria del tipo ortostatico.

L'albuminuria ortostatica però può seguire altre forme od altre infezioni specifiche, oppure, raramente, rimanere come il risultato di una nefrite acuta di tipo benigno. Molti dei casi dell'A. sono stati riconosciuti ad un esame di urina, fatto senza alcun sospetto di trovarvi dell'albumina. La maggior parte degli individui esaminati però si lamentava di cefalea, stanchezza, e, talvolta, di leggero edema facciale. Con pochi giorni di riposo in letto, tutti i sintomi sparivano oppure si aveva un lento miglioramento.

Si è sostenuto che la preponderanza della globulina sull'albumina sarebbe un criterio differenziale per la diagnosi dell'albuminuria ortostatica da quella di origine organica. L'esperienza dell'A., però, non conferma tali vedute, avendo egli trovato che i rapporti non sono costanti.

In diversi casi, la reazione ortostatica è il risultato di lievi lesioni renali; si deve ammettere però che vi sono altri casi in cui la reazione è dovuta a cause meccaniche e che probabilmente in essi l'albumina proviene da un solo rene. Una certa risposta alla posizione si osserva in molti casi di nefrite e forse in tutte le forme di albuminuria. Si possono trovare tutte le gradazioni di diminuzione dell'escrezione di albumina durante il riposo in letto, fino alla cessazione completa, quale si osserva nei casi ortostatici puri.

È da ritenersi che l'albuminuria ortostatica sia più frequente di quanto si crede. Essa può essere misconosciuta: 1) per la presenza di piccole quantità di albumina nelle urine del mattino, dovute alla continuazione dell'albuminuria da posizione eretta quando il paziente va a letto; si ha così una « contaminazione » dell'urina con l'albumina ortostatica; 2) per il fatto che la escrezione di albumina cessa durante la diuresi, anche nella stazione eretta; 3) per la cessazione dell'escrezione di albumina durante la posizione seduta. In tutti questi casi, ci si devono attendere delle variazioni estreme dell'escrezione di albumina, fino alla completa cessazione. *fil.*

Il tipo grave della nefrite scarlattinosa.

Sulla base dell'osservazione dei casi di scarlattina occorsi ad Edimburgo negli ultimi 2 anni, A. Joe e A. B. Williamson (*Edimb. Med. Journ.*, febbraio 1926) mettono in rilievo come tale infezione assuma talora una netta tendenza nefrotossica. In confronto agli anni precedenti la mortalità per complicanze renali fu infatti notevolissima.

La nefrite si manifestò intorno al diciottesimo giorno di malattia, e per lo più in modo subdolo, con turgore delle palpebre e della faccia, modica cefalea, e più di rado vomito. Talora invece mancò qualsiasi segno premunitorio e fu scoperta l'albumina nelle analisi d'urina periodicamente praticate. I sintomi morbosi si aggravarono rapidamente con febbre, oliguria, edemi, convulsioni, e nello spazio di pochi giorni (6 in media), i pazienti morirono senza aver tratto beneficio nè dai salassi nè dalla puntura lombare.

L'esame microscopico del rene fece rilevare lesioni a tipo degenerativo e fatti necrotici a carico dei tubuli secretori, con congestione del tessuto interstiziale.

M. FABERI.

La prognosi delle sclerosi renali.

Dubois di Amsterdam (*Klinische Wochenschrift*, n. 15, aprile 1925) studiando un gran numero di sclerosi renali, nega che vi sia un rapporto costante tra l'azoto totale del siero e i suoi elementi costituenti, o tra questi elementi stessi in maniera che il valore assoluto di uno di questi prodotti azotati permetta di calcolare il valore degli altri. Afferma che le cifre assolute dell'azoto totale, dell'urea, e dell'azoto non ureico, e dell'indacano del siero sanguigno non permettono di stabilire una prognosi delle sclerosi renali. Viceversa l'A. ha osservato che quando il rapporto azoto urea-azoto totale calcolato con dosaggio dell'urea allo xhanthydrolo è elevato (superava il 75 %) anche se le cifre di questi due elementi isolati sono normali o subnormali, la prognosi deve essere considerata fatale a distanza di qualche mese.

L. TONELLI.

Declorurazione dei nefritici per mezzo della ingestione di carbonato di bismuto.

Yarotzky dell'Istituto Clinico di Mosca (*Paris médical*, n. 50, 12 dicembre 1925) partendo dal concetto che si deve rimediare alla insufficenza renale provocando l'eliminazione dei prodotti del

metabolismo attraverso il tubo intestinale, e che ciò si può ottenere se questi residui passati per osmosi nel canale digerente vi sono resi insolubili, propone di dare per os grandi dosi di carbonato di bismuto (50 gr. giornalieri). Il meccanismo di azione di questo sarebbe il seguente: esso a contatto dell'acido cloridrico gastrico forma un ossicloruro insolubile nell'acqua e assicura così l'eliminazione del cloruro di sodio. Gliziuski ha dimostrato che il cloruro di sodio che si trova nelle feci normalmente è di solo qualche centigrammo pro die, esso salirebbe a grammi 1,50 con questo processo. Il metodo è usabile in tutti i casi di ritenzione clorurata e si è dimostrato innocuo; solo da un po' di stipsi che si deve sorvegliare. Per rendere insolubile l'urea è stato proposto lo xantidrolo ma le ricerche sono ancora in corso.

L. TONELLI.

Sull'etiologia e terapia della tubercolosi renale.

Col metodo della coltura pura e dell'inoculazione sull'animale, si può raggiungere la prova che nella etiologia della tubercolosi urogenitale hanno importanza tutti i bacilli acido-resistenti, di qualunque tipo essi siano: degli animali a sangue caldo, o freddo oppure bacilli pseudotubercolari.

E. Löwenstein (*Wiener klinische Wochensc.*, 16 luglio 1925) osserva poi che le tubercoline del commercio non sono adatte per la terapia della tubercolosi urogenitale ed hanno soltanto il valore di una terapia proteinica. Tenuto conto della differente etiologia, quale è mostrata dalle ricerche di cui sopra, si devono usare vaccini diversi; entra quindi in campo l'autovaccinoterapia, dovendosi tener presente che la stessa causa che produce la malattia produrrà anche la guarigione.

fil.

L'azotemia in chirurgia generale.

M. Arnaud (*Lyon Chir.*, n. 3, 1925) ha studiato sugli ammalati di chirurgia generale a funzioni epato-renali normali quale potesse essere il valore prognostico dell'azotemia preoperatoria e la sua evoluzione nel decorso postoperatorio normale o complicato, infine quali fossero le cause del suo aumento, talora esagerato, dopo qualsiasi atto operativo, anche il più semplice.

Le ricerche sono state eseguite in 150 casi, in 79 si è trovato prima dell'intervento un'azotemia uguale o superiore a 0,45 ‰ e precisamente nei cancri non dell'app. digerente 12 volte su 16, nei cancri e ulcere dell'app. digerente 23 su 26; nelle suppurazioni 27 su 30; nei traumi 9 su 9; nelle appendiciti non suppurate 3 volte su 15, nelle affezioni chirurgiche tubercolari 1 volta su 8.

Dagli esami praticati in individui traumatizzati o operati il tasso dell'urea nel sangue nei giorni consecutivi segna un aumento nelle 48 ore, che va crescendo fino al 4°-5° giorno e scompare circa all'8°. Le cifre massime oltrepassano talora l'unità: 1,75-2.

Quanto alla causa di questa iperazotemia, essa non può essere riportata all'anestesia come credevano Chevassu e Rathery perchè essa è analoga qualunque sia l'anestetico adoperato (etere, cloroformio, Kélène, rachianestesia, anestesia locale) essa si riscontra, inoltre, nei traumatizzati che non hanno avuto anestesia. Nè si può pensare alla disidratazione perchè in individui nei quali il regime alimentare non è modificato (traumatizzati non soggetti ad atto operativo) l'azotemia si eleva ugualmente.

La causa si deve ricercare, invece, nella disintegrazione dei tessuti: si riesce a costituire una vera urogenesi istolitica.

Nei riguardi della prognosi una iperazotemia preoperatoria non è di per sè una controindicazione all'atto operativo, in quanto spesso è dovuta proprio alla lesione che l'intervento farà scomparire.

Anche dopo l'operazione la curva dell'azotemia può però salire anche a cifre molto elevate senza che la prognosi sia aggravata. Del resto in questi casi anche i sintomi clinici di gravità mancano e soltanto il dosaggio sistematico dell'urea nel sangue mette in evidenza delle ritenzioni di azoto anche forti.

MATRONOLA.

Il rene mobile.

Novanta casi di rene mobile sono stati studiati da O. P. Mathé (*Surg. Gyn. and obstet.*, maggio 1925) con l'esame dei sintomi, le ricerche sull'urina, le prove funzionali dei reni ed i pielogrammi.

Il rene mobile è raro prima della pubertà, e per lo più si riscontra nel 3°-4° decennio di vita, e più spesso nelle donne per la speciale configurazione della fascia renale. La gravidanza non rappresenta un fattore importante.

Al lato sinistro la malattia è più rara per il maggior sviluppo della fascia di Zuckerkandl e per la presenza della lamina di Toldt che giace tra il peritoneo e la fascia perirenale di Gerota, le quali formazioni, coi loro attacchi al diaframma e ai muscoli vicini, formano un valido sostegno.

Nella maggioranza dei casi il rene mobile non dà sintomi morbosi e non richiede trattamento.

Altre volte invece insorge una sintomatologia urinaria, o gastro-intestinale o nervosa.

L'applicazione di fascie addominali appropriate, gli esercizi fortificanti e l'ingrassamento apportano non di rado dei vantaggi.

La nefropessia è indicata nei seguenti casi: 1) quando la ventriera ortopedica non corrisponde od è male tollerata; 2) nei casi complicati da inginocchiamento dell'uretere a causa di tralci fibrosi o di vasi aberranti; 3) nei casi in cui il rene aberrante è trattenuto da aderenze; 4) nella pielite cronica, allorquando il cattivo drenaggio dovuto all'aumentata mobilità non è corretto dalla ventriera.

L'A. crede che la sospensione chirurgica del rene, da lui praticata in 30 casi con resultati buoni, è caduta in discredito non per la sua inefficacia, bensì perchè è stata molto spesso eseguita senza l'indicazione precisa, o con tecnica falsa.

M. FABERI.

Le cause dell'idronefrosi.

Il Söderlund (*Acta Chir. Scandin.*, 1925-9) ha studiato 7 casi di idronefrosi, di cui 3 causati da vasi accessori, 3 da stenosi congenita dello sbocco ureterale superiore, e 1 da ipernefroma sviluppatosi nell'ilo renale.

Nei casi in cui esisteva un vaso accessorio, questo decorreva dalla parete anteriore dell'uretere alla parte posteriore del polo renale inferiore, o da dietro l'uretere alla parte anteriore del rene, in maniera che qualsiasi spostamento di tale organo causava l'ostruzione ureterale.

In due casi il passaggio di un catetere ureterale diede esito ad una quantità di urina più grande di quel che non ne possa contenere una pelvi renale, e questo viene descritto dall'A. come uno dei sintomi più importanti per la diagnosi.

Altre cause dell'idronefrosi, non riscontrate nei casi dell'A., possono essere la calcolosi, i tumori, e il rene mobile con uretere fisso.

M. FABERI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Nomenclatura anatomica dei polmoni.

Un'esatta ed esauriente nomenclatura dei polmoni, osserva A. Ghon (*Medizin. Klinik*, n. 23, 1925), è importante soprattutto per esprimere esattamente l'ubicazione dei focolai tubercolari primitivi. Le profonde incisure interlobari vengono a formare delle superfici e dei margini che la nomenclatura usuale non prende in considerazione. Così ciascun lobo superiore viene ad avere una facies mediastinalis, una facies interlobaris e una facies costalis: di questa si distinguono una grande pars lateralis, una piccola pars anterior e una piccola pars posterior. Il lobo superiore di sinistra, arrivando in basso fino al diaframma, ha anche una piccola facies diaphragmatica. Tutti e due i lobi superiori hanno un margine interlobare, un margine anteriore e un margine posteriore.

Ciascun lobo inferiore ha una facies mediastinalis, una facies interlobaris e una facies costalis con una pars lateralis e una pars posterior; un margine interlobare, un margine inferiore e un margine posteriore. Il lobo intermedio del polmone destro, ha una facies mediastinalis, una facies diaphragmatica, una facies interlobaris superior, una facies interlobaris inferior e una facies costalis con pars anterior e pars lateralis; un margine interlobare superiore, un margine interlobare inferiore, un margine inferiore e un margine anteriore.

POLLITZER.

Contributo alla più esatta conoscenza dell'apparecchio sospensore della cupola pleurica in rapporto alla cura chirurgica di alcune malattie del polmone, a mezzo della freno-scalenectomia.

S. Bile (*Gazz. med. Italo-Argentina*, 1925, n. 17), dopo aver rapidamente accennato alle moderne vedute anatomiche sull'apparecchio sospensore della pleura, riferisce su di uno speciale comportamento dell'inserzione inferiore dello scaleno anteriore, da lui osservato costantemente su quindici cadaveri (10 maschi e 5 femmine) di individui morti quasi tutti per tubercolosi polmonare. L'A. ha notato infatti che il suddetto muscolo invia solo pochissimi fascetti alla prima costa (tubercolo di Lisfranc), mentre i due terzi delle fibre dello scaleno anteriore trovano la loro inserzione inferiore sulla parte alta ed anteriore della cupola pleurica. Da questo deriva che lo scaleno anteriore ha sopratutto l'azione di tendere la cupola pleurica, mentre ben poco contribuisce all'innalzamento della prima costa. L'importanza pratica di ciò starebbe nella utilità di associare alla frenectomia, eseguita allo scopo di ottenere l'immobilizzazione del polmone corrispondente (tubercolosi, bronchiectasia, ecc.) la resezione dello scaleno anteriore che produrrebbe un più completo collasso polmonare. L'A. ha eseguito sul cadavere tale frenoscalenectomia, allo scopo di precisarne la tecnica.

FIORENTINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Antisettici. — Al dott. L. F., da C.:

In chirurgia l'antisepsi era stata abbandonata perchè si era riconosciuto che gli antisettici in uso, come il *sublimato* e l'*acido fenico*, danneggiano i tessuti più che i germi. Si era finito per limitarsi all'asepsi, che potrebbe definirsi un'antisepsi preventiva, in quanto che impedisce le infezioni operative e quindi elimina la necessità di curarle.

Oggi, però, si torna a valorizzare l'antisepsi, perchè si sono venuti scoprendo degli antisettici i quali ledono i germi delle infezioni chirurgiche più che i tessuti: sono più *battericidi* che *citocidi.*

Già la medicina generale ci offriva noti esempi di azioni antisettiche specifiche (*mercurio, chinina, arsenobenzoli*). E si conoscevano da tempo azioni definite contro processi morbosi locali: i chiodi di *garofani* e il loro olio essenziale erano vantati nella carie dentaria, il *mentolo* nelle flogosi delle prime vie aree (analgesici-antisettici).

Durante la guerra vennero in voga gl'*ipocloriti* per il trattamento delle infezioni chirurgiche locali; essi però presentano vari inconvenienti: per esempio, la concentrazione deve oscillare entro limiti molto ristretti; è così che nella Dakin modificata, se il cloro supera 0.48 % è già troppo irritante; se scende sotto 0.45 % diviene quasi inattivo; d'altra parte, siccome il cloro è fissato dai tessuti, la soluzione s'indebolisce: ne deriva la necessità di rinnovarla in modo continuo.

Di recente si sono trovate varie sostanze ad azione caratteristica ed anche specifica contro le infezioni locali: ad esempio, il *rivanol* uccide gli stafilococchi, la *triplaflavina* esercita un'azione marcata sugli streptococchi, l'*acriflavina* è efficace sui gonococchi, l'*urotropina* e i derivati esercitano un'azione elettiva sulle vie urinarie e sulle vie biliari, l'*acrivioletto* sarebbe quasi uno specifico delle otorree, ecc. Molti di questi prodotti però sono ancora in via di esperimento e di controllo. Si è tentato anche l'impiego di prodotti biologici (*antivirus* = filtrati di brodocolture).

Il termine « flavina » ha solo un significato commerciale; si applica ai colori gialli di anilina. È il prefisso a conferirgli una designazione chimica definita; così il nome di *acriflavina* si applica a un derivato dell'acridina: si tratta di cloruro di diamino-metil-acridinio; il termine di *tioflavina* si riferisce invece a sulfonato di diamino-metil-*p*-toluidina: non ha dunque nulla da fare con la prima.

Dalle ricerche di L. Karwacki e S. Biernacki (*Annales Inst. Pasteur*, maggio 1925) risulta che la tioflavina è l'antisettico più attivo contro il bacillo tubercolare *in vitro;* essi suggeriscono di provarla *in vivo.* Anche la *sanocrisina* esplica una decisa azione contro il bacillo di Koch nel tubo da saggio; ma ne è tutt'altro che incontestabile l'efficacia terapeutica.

Uno dei nuovi antisettici oggi più celebrati è il *mercuriocromo 220 solubile*: penetrante, rapido, potente, sarebbe anche a bassa tossicità, anzi quasi atossico (malgrado il suo contenuto di mercurio) e non determinerebbe che scarsissima irritazione locale; non precipita l'albumina; se protetto dalla luce, è a lungo stabile in soluzione cloruro-sodica. La sua azione antisettica è accresciuta dall'acidità; con acidità prossima al normale è relativamente debole (così nell'intimità dei tessuti). Forse per questo si mostra di utilità dubbia nelle setticemie (per via endovenosa); anzi è stato accusato di produrre stomatiti, nefriti e anche morti (cfr. A. T. Todd, *Lancet*, 14 novembre 1925).

L'*acido borico* non si può dire un antisettico, tanto la sua azione è debole; ma è un ottimo *batteriostatico*, ossia arresta la moltiplicazione dei germi; e siccome è quasi sfornito di azione irritante, rende ottimi servigi, in specie impiegandolo a caldo. L. VERNEY.

Al dott. G. Avanzini, Albaredo d'Adige:

Il siero antidifterico viennese si dice depurato colla osmosi elettrica per cui si afferma che le sostanze anafilattogene contenute nei sieri antitossici (difterico e tetanico) sarebbero di molto diminuite.

Infatti, secondo Ramon (marzo 1926), « il siero così preparato *non evita completamente* ma diminuisce la frequenza e l'intensità dell'anafilassi da siero ». N. SETTE.

Al dott. Segatore, Montreal:

I metodi operatori italiani ginecologici non sono convenientemente riportati dai trattati stranieri. Non si sottrae a tale consuetudine il trattato di ginecologia dello Scroeder tradotto ultimamente a cura della U.T.E.T. per quanto il traduttore, dott. Sortino, vi abbia aggiunto una discreta bibliografia italiana.

Il trattato di *Ginecologia operativa* di Doederlein e Krönig già tradotto da tempo, è diverso da quello di cui fu annunziata la seconda edizione tedesca nella « Clinica Ostetrica »; questo è diretto da Doederlein ed è di *Ostetricia*: non è stato tradotto. P. G.

Al dott. A. N., da G.:

Consigliamo:

NEISSER e JADASSOHN: *Malattie della pelle*, traduzione italiana con note ed aggiunte originali. Roma-Milano, Società editrice « Dante Alighieri » di Albrighi e Segati.

G. VERROTTI: *Sifilide e malattie veneree*, voll. 2, Napoli, Idelson. V. MONTESANO

VARIA.

La coltivazione ed il commercio dello zafferano in Italia.

L'uso del vero zafferano come condimento è diminuito, specialmente per il prezzo proibitivo raggiunto da tale droga, la quale si adopera tuttora in farmacia per la preparazione del laudano, di tinture, di emmenagoghi, ecc. La migliore qualità di zafferano è prodotta nella provincia di Aquila, donde la denominazione di zafferano aquilano che supera in quotazione quello di Spagna.

Però, per diverse cause, la produzione dello zafferano nell'Abruzzo è in continua diminuzione. La più grave di tali cause è la mancanza di organizzazione commerciale che favorisce la concorrenza del prodotto estero; vi contribuisce altresì la deficienza di mano d'opera per l'emigrazione, sicchè sono scomparse gradatamente le grandi aziende coltivatrici e gli zafferaneti si sono circoscritti a piccoli appezzamenti, coltivabili soltanto da famiglie di agricoltori che, non essendo organizzate per la produzione e per la vendita, ricavano scarsi profitti e finiscono per abbandonare la produzione.

La Spagna invece ottiene il prodotto in condizioni più favorevoli ed ha il vantaggio di usufruire del nostro lievissimo dazio d'importazione. Inoltre numerosi speculatori hanno lanciato sul mercato, sotto il nome di zafferano aquilano, delle sostituzioni e sofisticazioni. Le più innocenti sono le sostituzioni con gli stimmi dello zafferanone (Carthamus tinctorius) e con i fiori della Calendula. Vi sono poi le frodi con l'aggiunta di peli di lana, fibrille di carne, frammenti di vegetali, coloriti anche con giallo vittoria che è uno dei colori velenosi.

La coltivazione che, all'inizio dell'ultimo ventennio, comprendeva circa 500 ettari e produceva circa 4500 kg. di zafferano secco, ora è limitata a soli 60 ettari con una produzione di 500 kg.

Questa pianta, per dare un buon rendimento va coltivata in zone ventilate sui 600-700 m., ma temperate in cui le stagioni si avvicendino senza sbalzi eccessivi. Non vegeta nei climi nebbiosi ed umidi, con primavera ed autunno troppo caldi; resiste però al freddo e sino a 10°-12° sotto zero.

L. Pagliani (*Boll. dell'Associazione italiana pro piante medicinali, aromatiche*, ecc., marzo 1925) dà le indicazioni per la coltivazione e la raccolta dello zafferano che costituisce una vera festa campestre, destinata a chiudere ed a coronare l'anno agrario dei laboriosi agricoltori. La « sfioritura », cioè l'estrazione degli stimmi dal fiore viene eseguita da donne, ognuna delle quali può, in quattro ore, produrre circa 250 grammi di stimmi freschi. Per la raccolta dei fiori di un ettaro occorrono 4 uomini e 16 donne per tutto il tempo della fioritura, cioè un mese; da circa 20,000 fiori, si ricava circa un chilogrammo di zafferano fresco che, essiccato, si riduce alla metà. Il prodotto di un ettaro si valuta in media, di 11 kg. di zafferano secco che ora ha un prezzo di circa 1800 lire al kg.

In minima quantità e di qualità scadente è lo zafferano prodotto in altre provincie (Calabria, Puglie, Sicilia).

Sarebbe opportuno che tale coltivazione risorgesse a nuova vita e perciò sarebbe necessario che venisse organizzato il commercio e si facesse la difesa dalle sofisticazioni con un ufficio di controllo, non trascurando anche la questione dei dazi di protezione.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Radiologia, radiologi e medici pratici

pel dott. ERMANNO PAZZI - Roma.

Anche per questa mia breve nota, dedicata ai medici pratici, chiedo ospitalità alla Sezione pratica del *Policlinico*.

Scrivo con una certa perplessità perchè mi sembra di voler affermare cose ormai troppo note, ma, nello stesso tempo, per mia personale esperienza e per quanto sento in proposito dai miei colleghi, mi convinco che quello che esporrò, anche se conosciuto da molti, non è superfluo ripetere.

Non è inutile considerare inoltre che i concetti che io voglio ribadire sono, è vero, ampiamente illustrati nei trattati di diagnostica radiologica e nei lavori della specialità, ma questi non cadono di sovente sotto gli occhi dei medici pratici.

La radiologia, per il perfezionamento rapido della tecnica e degli apparecchi (mi riferisco alla radiodiagnostica) è divenuta oggi un vero e potente mezzo di indagine che rende numerosi ed innegabili servigi alla clinica.

Purtroppo però se rapido è stato il perfezionamento del mezzo diagnostico, non è ugualmente rapido il riconoscimento e l'apprezzamento di esso da parte di molti medici. Non alludo, si comprende bene, ai colleghi delle cliniche e degli ospedali, ma alla grande massa dei medici pratici.

Le cause di ciò, secondo me, possono ridursi a tre:

1) Indolenza di alcuni che non si tengono al corrente dei progressi scientifici, e non adottano la indagine radiologica come non si valgono degli esami biologici per la diagnosi e non si preoccupano di provare i rimedi nuovi nella terapia, ecc.

Tale indolenza non è sempre colposa, ma spesso è dipendente dalle speciali contingenze di tempo, di luogo o di ambiente nel quale i colleghi esercitano la professione.

2) Scetticismo di altri che, per propria natura, sono diffidenti e non ritengono necessario, quando si sono creati una convinzione diagnostica, di accertarla con mezzi non bene da essi conosciuti.

3) Disillusione di molti per la poca o nessuna utilità avuta dai reperti di esami radiologici, reperti incerti e talvolta erronei. Ma in tal caso la incertezza o l'errore, è bene affermarlo, possono molto spesso dipendere da indagini eseguite incompletamente da radiologi non provetti sia per scarsa preparazione, sia per difetto di tecnica o di apparecchi, ecc.

E' necessario intenderci sul valore della parola: radiologo.

Radiologo non è colui che manovra un apparecchio per raggi X: non sono infatti radiologi i tecnici, i fotografi, ecc. dei gabinetti radiologici, quantunque spesso siano in grado di eseguire radiografie perfette.

Radiologo può essere solo un medico provetto che abbia esercitato la professione, abbia lunga pratica di cliniche o di ospedali. Non si può considerare come un radiologo chi non sia anche un buon medico pratico, a meno che non appartenga da molto tempo ad una vera scuola di clinica radiologica o non vi abbia compiuto un serio corso di perfezionamento.

Il compianto prof. Francesco Ghilarducci bollava con il titolo di « lastraioli » i dilettanti non competenti di radiologia ed il suo degno successore nella cattedra di radiologia nella Università di Roma, il prof. Aristide Busi, non è meno severo di lui nel giudizio di essi.

Il Busi, e con lui i migliori maestri di radiologia, insistono dalla cattedra perchè l'insegnamento sia clinico, perchè cioè il radiologo non si limiti, al solo esame radiologico, ma, anche come clinico, tragga dal complesso dello studio anamnestico ed obbiettivo dell'infermo, dagli esami sussidiari e dall'indagine radiologica, gli elementi per l'accertamento diagnostico.

Come allo schermo fluorescente è necessario, per eseguire una buona radioscopia, un radiologo abile, che sappia valersi dei segreti della tecnica e di certi suoi speciali accorgimenti onde poter ricavare dall'esame la ricca messe di osservazioni utili alla diagnosi, così è assolutamente necessario che la radiografia sia eseguita e interpretata da un radiologo esperto, che sappia scegliere le posizioni e proiezioni più opportune e sappia riconoscere facilmente le immagini radiografiche normali o classificabili tra le varietà anatomiche da quelle patologiche. Tali cognizioni, tale esperienza, tale abilità, non possono essere acquistate, e solo dopo un congruo tirocinio, che da un medico provetto, capace di mettere in rapporto la sintomatologia radiologica con la sintomatologia clinica.

Molti medici pratici per le ragioni che ho già accennato non si valgono di un così potente mezzo diagnostico con quella frequenza che sarebbe necessaria e tra i medici pratici i meno pronti a richiedere l'indagine Röntgenologica sono proprio i più avanti negli anni e perciò quelli che do-

vrebbero esser più esperti delle difficoltà diagnostiche e della facilità con cui si cade in errore.

Questi, a differenza dei giovani medici che nelle cliniche e negli ospedali tutti i giorni vedono il largo impiego dei raggi X, non sono abituati a riconoscerne l'utilità.

Se così non fosse non accadrebbe di dover correggere, con relativa frequenza, con una radioscopia o con una radiografia, diagnosi errate e talvolta rimaste tali per anni.

Sarebbe lungo enumerare questi possibili errori e solo accennerò alle cause più comuni di essi:

1) Fratture incomplete, ed alle volte complete, del collo anatomico dell'omero o del femore, fratture del malleolo peroniero, del calcagno, di costole, ecc., che non sempre hanno una sintomatologia clinica evidente.

2) Tubercolosi della colonna vertebrale, tumori, sacralizzazioni, ecc. Mi piace ricordare che il prof. Mingazzini, nella conferenza sulle neurologie (Ordine dei Medici di Roma, 28 gennaio 1926) ha citato un caso di ischialgia bilaterale (forma che egli non ammette come entità morbosa) riconosciuta, all'esame radiografico, in rapporto ad un tumore del sacro.

Quante cure non vengono praticate in supposte ischialgie prima di ricorrere ad una radiografia che mette in evidenza una sacralizzazione od un morbo di Pott?

3) Affezioni urologiche: calcoli renali, ureterali talvolta vescicali, corpi estranei, ecc., idronefrosi, tumori, ecc., con sintomatologia clinica non bene netta. Ho citato io stesso in questo giornale (*Sezione Pratica*, n. 30 del 1925) un caso di piura trattata per venti anni come dipendente da cistite, mantenuta invece da pionefrosi calcolosa bilaterale e che condusse a morte l'infermo per insufficienza renale.

4) L'enorme casistica delle affezioni del tubo digerente. È noto il caso, per citarne uno, di quella signora per vari anni ritenuta affetta da appendicite, da annessite e curata in conseguenza, che aveva invece un'ulcera callosa dello stomaco ptosico e destro posto.

5) La numerosissima casistica delle malattie dell'apparato respiratorio, in ispecie nei bambini. Molti radiologi hanno avuto campo di riscontrare più volte l'esistenza di un corpo estraneo (bottone, moneta, chiodo) in un bronco, generalmente nel grosso bronco destro, in bambini che avevano tosse stizzosa, espettorato purulento, ecc. e che da tempo venivano curati per le più disperate affezioni sino a che i parenti non ebbero ricorso al Radiologo. Cito il caso più recente, quello del dott. Bellucci di Perugia, riportato nell'*Archivio di Radiologia* (fasc. 5° del 1° vol. del 1925). Si trattava di una bambina dodicenne che da tre anni deperiva, aveva febbre serotina, tossiva, emetteva abbondante espettorato, ecc.: curata da vari medici per tubercolosi polmonare, finalmente veniva dai propri genitori, per loro propria iniziativa, fatta sottoporre alla Radioscopia. L'indagine scopriva la causa del male in un piccolo chiodo da scarpa di contadino nel bronco grosso di destra; il chiodo, ingoiato a glottide aperta, era caduto nel bronco destro ed aveva prodotto un grosso ascesso polmonare. Il reperto fu seguito da un brillante atto operativo, che risanò completamente la bambina!

Potrei continuare nella enumerazione, ma il mio scopo è quello di richiamare l'attenzione sulla possibilità degli errori dovuti all'omissione dell'uso tempestivo dei Raggi X.

Il prof. Busi nella introduzione del suo trattato di tecnica e diagnostica radiologica nelle malattie chirurgiche chiarisce molto bene i concetti che ho esposto e conferma l'importanza della indagine radiologica:

A) con esempi di malati in cui il giudizio diagnostico sarebbe rimasto incompleto senza il contributo radiologico;

B) con esempi di casi, in cui il giudizio di malattia, nonostante l'impiego di tutti gli altri sussidi diagnostici, sarebbe rimasto incerto senza il contributo radiologico;

C) con esempi di casi in cui i raggi X corressero il giudizio diagnostico che altrimenti sarebbe, con ogni probabilità, rimasto erroneo.

D'altra parte, non bisogna esagerare, ed occorre stare in guardia contro i facili entusiasmi e contro l'esagerazione di chi vorrebbe tutto risolvere con i raggi X.

Il Busi così precisa il valore dell'indagine radiologica:

« La radiologia medica non è altro, per ciò che riguarda il suo contributo diagnostico, che una parte della semeiotica nella quale vengono scoperti, investigati, interpretati tutti quei fatti anatomici e funzionali normali e anomali che sono accessibili ai Raggi X ».

Ciò tenendo bene in mente, si comprende, quanto sarebbe necessario che i medici presenziassero sempre gli esami radioscopici per comunicare al radiologo il complesso delle loro osservazioni.

Ma purtroppo, lo ripeto, spesso si constata che i pazienti sono più convinti di alcuni medici dell'importanza dell'indagine radiologica. Molti infermi infatti, contro il parere del medico curante, o senza neanche interpellarlo, domandano di essere sottoposti alla radioscopia od alla radiografia e si presentano direttamente nei gabinetti per Raggi X.

Quante volte non si deve riscontrare che gli infermi avevano ragioni da vendere per richiedere l'esame radiologico! Quante volte si rende difficile la posizione del radiologo nei rapporti col medico curante, per aver constatato eventuali errori diagnostici che si sarebbe potuto tanto facilmente evitare!

Come ho già accennato i giovani medici ormai conoscono l'utilità dell'indagine ed accorrono con fiducia ai gabinetti Roentgen, ma non è così per molti vecchi medici, che sembrano disdegnare, talvolta per troppa fiducia nella propria esperienza, i nuovi metodi di ricerca, e rischiano molto più spesso di quello che non si creda, di errare arrecando grave danno agli infermi affidati alle loro cure.

Domando scusa a quei colleghi dei quali posso aver urtata la suscettibilità, ma ho la coscienza tranquilla di aver compiuto un dovere ripetendo una verità indiscussa.

Se i colleghi avranno ben compreso l'unico movente di questo mio scritto, ritengo di aver reso loro un buon servigio, ricordando di non trascurare un mezzo di esame che spesso può trarli di imbarazzo in qualche diagnosi difficile, può essere loro di conforto quando la abbiano esattamente enunciata e può infine diminuire le gravi responsabilità dell'accertamento clinico di malattie con sintomatologia poco chiara.

Un collega, al quale ho mostrato queste mie righe prima della pubblicazione, mi suggerisce che una delle cause dell'uso non frequente dei Raggi X è l'alto costo degli esami radiologici.

Convengo, e non può essere altrimenti, tenendo soltanto in considerazione gli attuali prezzi degli apparecchi e del materiale, che l'indagine sia dispendiosa, ma non posso ammettere assolutamente che questa sia una ragione sufficiente per trascurarla quando si ritenga utile.

Pei poveri non mancano gli apprestamenti oramai anche nei piccoli ospedali, per i ricchi non c'è da preoccuparsi, e per la grande massa dei meno abbienti sono dappertutto stabilite tariffe minime. È bene considerare inoltre che la spesa, per un esame radiologico necessario, è largamente compensata, per chi la incontra, dal più rapido accertamento diagnostico e quindi dal più pronto ed acconcio trattamento curativo.

Cronaca del movimento professionale.

XI Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici.

Pei giorni 17 e 18 aprile sono convocate a Roma in assemblea generale le rappresentanze degli Ordini dei Medici aderenti alla Federazione. Il Congresso si inaugurerà alle ore 10 del 17 aprile presso la sede della Federazione (Piazza Foro Traiano 1).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABBADIA S. SALVATORE (*Siena*). —Scad. 10 aprile: vedi fasc. 13.

ACQUANEGRA SUL CHIESE (*Mantova*). — Scad. 10 apr.; per Mosio; L. 10,000 oltre L. 2000 c.-v. aumentab. di L. 367.60 pel corrente anno; L. 500 bicicl.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

ARQUATA DEL TRONTO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 10 apr.; età lim. 35 a.; L. 8000 e 10 bienni ventes. pel 25 % popolaz.; addiz. L. 5 fino a 1000 iscritti, L. 4 oltre; L. 500 indenn. laurea; L. 3200 cavalc. per la generalità; tassa L. 50.

AZZATE (*Como*). — Consorzio; ab. 5899; stipendio L. 9000; per uff. san. L. 1500; automobile o vettura L. 3500; 4 quinquenni decimo. Scad. 15 apr.

BENGASI. *Municipio.* — Ufficiale sanitario. Scad. 20 apr. Vedi fasc. 8.

BORGOSATOLLO (*Brescia*). — Scad. 10 apr.; 3000 ab. di cui 100 iscritti; pianura; L. 9000 e 6 quinquenni dec.; L. 750 bicicl.; L. 500 uff. san.; c.-v. Serv. entro 10 (*sic*) gg.

CASATISMA (*Pavia*). — A tutto il 10 apr.; vedi fasc. 13.

CICERALE CILENTO (*Salerno*). — A tutto il 15 mag.; L. 7000, oltre L. 1500 cav., L. 500 uff. san.; addiz. L. 5 oltre 20 % popolaz.; 4 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; 4 anni eserc. profess. Tassa L. 50. Doc. a 6 mesi dal 15 feb. Serv. entro 15 gg.

COMUNANZA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 aprile; vedi fasc. 13.

FERRARA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Copparo; L. 12,000 e 5 quadrienni dec.; c.-v. in L. 3000, revedibile; facoltà di libero esercizio, purchè non ne venga nocumento al servizio e salve eventuali disposizioni governative; ab. 24,772, di cui 5339 nel capoluogo; kmq. 155. Scad. ore 18 del 30 apr. Età lim. 45 a. Tassa L. 50.

FIRENZE. *Ospedale di S. Giovanni di Dio.* — Direttore chirurgo primario; proroga al 10 apr.

Aiuto di chirurgia; scad. ore 16 del 15 apr.; vedi fasc. 13.

JESI (*Ancona*). — A tutto il 30 apr.; 2ª cond. rurale residenziale; L. 8500 aumentabili del decimo per 5 quadrienni, oltre indenn. cav.; età lim. 35 a.

LUZZARA (*Reggio Em.*). — Scad. 15 apr.; 1º reparto; L. 8000 per 1200 pov.; addizion. L. 5; direz. chirurg. Osped. e operaz. pov. L. 2000; trasporto L. 1500; ambulat. L. 500; c.-v. Chiedere avviso.

MELZO (*Milano*). *Ospedale S. Maria delle Stelle.* — Assistente; L 6000 oltre c.-v. in L. 1980, alloggio, luce, riscald., bucato, partecipaz. diarie e proventi atti operativi e di ambulat. Età lim. 30 a. Scad. ore 18 del 15 apr. Disimpegno servizi sanitari del Comune. Serv. entro 10 (*sic*) gg.

MIRABELLA IMBACCARI (*Catania*). — A tutto 19 apr., ab. 8270, iscritti 750; L. 9000 e 4 aum. dec. Tassa L. 100. Chiedere annunzio.

OVARO (*Udine*). — Alle ore 16 del 27 apr.; lire 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 900 uff. san., L. 3000 trasp., c.-v. Chiedere avviso all'Ufficio municipale.

POSTIGLIONE (*Salerno*). — Scad. 10 apr.; L. 7000 pel 20 % popolaz.; addizion. L. 5; quattro quadr. dec.; L. 500 serv. detenuti; L. 500 uff. san.

RECANATI (*Macerata*). — Per Montefiore Bagnolo; kmq. 31 in collina; ab. 4055; L. 8000 e 3 aum. decimo; riconosc. parz. serv. altri Comuni; L. 2500 cav.; in corso aum. 1/10 e addizion. L. 3 oltre 1/10 della popolaz. Età lim. 35 a. Tassa L. 50. A tutto il 15 aprile.

ROMA. *Manicomio Provinciale.* — Tre medici assistenti, di cui uno per la sede di Roma e due per le succursali. Stip. iniziale del grado 9ª categoria. Scad. 30 apr. Età lim. 25-40 a. Rivolgersi ufficio segreteria dell'Amministr. provinc., via Tre Novembre 119-A (Palazzo della Provincia).

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro Urbino*). — Cercasi subito giovane e provetto sanitario specializzato in chirurgia per assumere l'interinato della condotta medico-chirurgica residenziale di città, e la direzione dell'Ospedale civile per gl'infermi. La retribuzione mensile sarà di L. 1000, per la sola cura gratuita dei poveri, avvertendo che nell'Ospedale, durante l'anno decorso, furono eseguiti oltre 200 interventi di alta chirurgia, senza quelli meno importanti, ed un numero considerevole di cure ambulatorie. Per qualsiasi schiarimento e domanda rivolgersi all'Ufficio comunale di S. Angelo in Vado. Si tiene a far risaltare che l'Ospedale è accreditatissimo presso tutti i Comuni contermini; si aspira ad avere un valente operatore per proseguire la lunga tradizione.

SENIGALLIA (*Ancona*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo direttore; L. 10,000 e 12 bienni ventesimo per serv. ai poveri; L. 2000 direz. osped.; 1° c.-v.; L. 2000 eventuale servizio poveri fuori ospedale. Ab. 25,473; iscritti circa 5000. Età mass. 40 a. Tassa L. 50.15 all'esattore della Federaz. delle Opere Pie di Senigallia. Serv. entro 20 gg. Chiedere annunzio. A tutto il 12 aprile.

SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele II.* — A tutto il 15 apr., sostituto chirurgo primario. Chiedere copia avviso alla segreteria.

VALLE DI CADORE (*Belluno*). — Consorzio con Cibiana, a tutto 20 apr.; L. 10,000 per 1000 pov.; addizionale per altri 200, L. 5; dai 200 ai 400 L. 3; per i rimanenti L. 2; un c.-v.; indenn. alloggio L. 1500; indenn. trasp. con cavallo od automobile L. 3500; se investito funzione uff. san. L. 500; 5 quadrienni decimo. Montagna con strade carreggiabili. Abitanti 4979. Tassa L. 50.

VICARI (*Palermo*). — Scad. 30 apr. L. 10,000 e 5 quinquenni dec.

VIGHIZZOLO D'ESTE (*Padova*). — Scad. 10 aprile; L. 10,000 fino a 1000 iscritti; 5 quadrienni dec.; c.-v.; per trasp. indenn. variab. col mezzo; per ambul. L. 600 a rifusione spese; se uff. san. L. 500. Tassa L. 50.15. Alloggio con giardino, stalla e rimessa verso fitto di L. 1000.

NOTIZIE DIVERSE.

Journées Médicales de Paris.

Avranno luogo dal 15 al 19 luglio, sotto l'alto patronato del presidente della Repubblica; ne sarà presidente il prof. F. Widal, commissario generale il prof. Balthazard, segretario generale il dott. Dujarric de la Rivière. Saranno essenzialmente pratiche; consisteranno in dimostrazioni, conferenze e visite; vi sarà annessa un'esposizione, sotto il patronato del ministro del commercio, presieduta da Jean Faure. Sono previsti ricevimenti, serate musicali, un'audizione dell'orchestra medica, una conferenza letteraria, sedute cinematografiche, escursioni, tra cui una a Reimsen. Temi ufficiali fin'ora fissati: la vaccinazione antitubercolare, l'esercizio illegale della medicina. La « Revue Médicale Française », promotrice dell'adunanza, ne pubblicherà i resoconti. Quote: per i medici fr. 50; per le loro mogli o bambini fr. 20; per gli studenti di medicina e gl'interni d'ospedale fr. 20. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, 18, rue de Verneuil, Paris (70).

Per una bibliografia italiana di chimica biologica.

La Società Italiana di Biochimica, che ha sede a Padova (Viale Loredan 2), ha diramato la seguente circolare:

« Per iniziativa e sotto la direzione della Società Italiana di Biochimica verrà iniziata tra breve nella rivista « Biochimica e Terapia sperimentale » la pubblicazione della « Bibliografia Italiana di Chimica biologica ».

Il numero eccessivo dei periodici, spesso poco diffusi, nei quali deplorevolmente si fraziona e si disperde la nostra produzione scientifica di biologia, ne rende impossibile agli stranieri, difficilissima agli italiani, la completa conoscenza. E invece una conoscenza precisa deve diventare facile, non solo perchè diffonde la cultura, facilita le ricerche, agevola la cooperazine, coordina gli sforzi, ma anche e sopra tutto perchè della produzione scientifica essa è, insuperabilmente, stimolo e freno, premio e controllo.

Con questi scopi viene intrapresa la « Bibliografia Italiana di Chimica biologica » dove ogni mese saranno ricordati tutti, possibilmente, i lavori di Chimica attinenti alla Biologia fatti in Italia, e pubblicati dal 1° gennaio 1925 in poi. In seguito, qualora una attiva e diffusa collaborazione lo renda possibile, saranno raccolti a parte i lavori pubblicati dal 1914 al 1924.

In ogni numero verrà dato l'elenco alfabetico degli autori, cui seguirà una esposizione sistematica, per materia, delle pubblicazioni.

Di ogni lavoro si riferiranno: 1) cognome e nome (iniziale) dell'autore (che potrà anche essere straniero); 2) titolo; 3) periodico (che potrà anche essere straniero), numero del volume (in cifre romane), anno, numero della prima e dell'ultima pagina; 4) Istituto (che dovrà sempre essere italiano) nel quale il lavoro fu fatto.

Perchè la Bibliografia riesca, come deve, completa; occorre un'opera di raccolta e di coordinazione ben più ardua di quella che a un esame superficiale non sembri; e però questa presidenza invita tutti i cultori della biochimica a collaborarvi con assiduità e con sollecitudine, inviando copia dei lovo lavori o, per lo meno, le precise indicazioni bibliografiche sopra ricordate.

I lavori ricevuti, raggruppati per argomento, tenuti a disposizione di chiunque li richieda, formeranno il primo nucleo di un « Ufficio di raccolta bibliografica » da organizzarsi dopo che la « Bibliografia » abbia quello sviluppo che è nella ferma volontà della presidenza di raggiungere in breve.

Presidente: Sabbatani Luigi; consiglieri: Ascoli Alberto, Ducceschi Virgilio, Ferrata Adolfo, Rondoni Pietro, Vanzetti Lino; segretari: Gayda Tullio, Meneghetti Egidio; economo: Pighini Giacomo.

Istituti biotipologici.

Il prof. Nicola Pende sul *Gazzettino Universitario* invita il Governo Nazionale « ad assumere l'iniziativa di fondare in ogni centro universitario ed annessi, anche per ragioni di economia e di mezzi e di personale, alle Cliniche mediche generali, degli *Istituti statali biotipologici*, destinati all'analisi e valutazione dell'individualità ed alle applicazioni igieniche sociologiche, politiche di tale accertamento ».

Una conferenza del prof. Pende.

Nell'aula della Scuola di Sanità Militare di Firenze, il prof. Nicola Pende, direttore della Clinica medica di Genova, ha tenuto dinanzi ad un foltissimo pubblico di medici una interessante conferenza sul tema del compenso e dello scompenso cardiaco, prospettando e dimostrando nuove vedute sui meccanismi che agiscono nel cuore malato determinando il suo adattamento compensatorio, e le ragioni per cui tale adattamento vien meno ed il modo di agire dei vari rimedi sul cuore. La conferenza tutta materiata di concetti e ricerche personali del clinico di Genova è stata vivamente applaudita, ed il direttore della Scuola di Sanità Militare, colonnello Grixoni, ha offerto alla fine al conferenziere una medaglia d'oro coniata per l'occasione.

Conferenze di profilassi sociale.

Il prof. P. Bosellini, direttore della Clinica dermosifilopatica di Roma, per accordi con il segretario federale dell'Urbe, comm. avv. Italo Foschi, terrà un corso di conferenze con proiezioni luminose presso le varie sedi dei gruppi rionali fascisti di Roma.

Gare d'igiene nelle scuole di Roma.

Anche per quest'anno sono state indette dal Governatorato di Roma gare d'igiene a premio nelle scuole urbane, suburbane e rurali. La Commissione incaricata di preparare e sorvegliare l'esplicazione delle gare è presieduta dal sen. Marchiafava.

Onoranze al gen. Della Valle.

In occasione del ritiro dal servizio attivo del gen. med. Francesco Della Valle per raggiunti limiti di età, si è svolta una cordiale cerimonia presso la Direzione Generale di Sanità Militare, ove convennero gli ufficiali e gl'impiegati tutti della Direzione. Il gen. med. Calegari lesse un ordine del giorno diramato a tutta la famiglia dei medici militari, pronunziò poi un elevato discorso il gen. med. prof. Trombetta che espresse al Della Valle sensi di ammirazione, di devozione, di riconoscenza.

Medici militari assolti.

In esito ad un processo svoltosi presso il Tribunale Militare di Verona per gravi irregolarità amministrative verificatesi nell'Ospedale Militare di Alessandria, mentre sono stati condannati alcuni ufficiali contabili, il P. M. ritirò l'accusa, con calde parole di stima, nei riguardi di alcuni ufficiali medici superiori, i quali vennero assolti unitamente al cap. med. dott. Toscano, riconoscendosi che i fatti loro addebitati non costituivano reato e proclamandosi l'incensurabilità della loro condotta.

La regina Elisabetta dottore « honoris causa ».

L'Università di Lilla ha nominato la regina Elisabetta del Belgio *doctor honoris causa*, in riconoscimento dell'interesse e dell'aiuto che ella ha sempre dato alle scienze mediche. Alla cerimonia, svoltasi il 21 marzo, assistevano il ministro francese della P. I. Lamoureux e il gen. Lasson; il prof. Lelier, di medicina legale, tenne una elevata lezione; poi la regina passò nell'Istituto Pasteur, dove il dott. Guerin dimostrò la preparazione del vaccino antitubercolare B C G.

La regina vestiva una toga e un berretto confezionati da uno dei maggiori sarti parigini. La grande aula universitaria era trasformata in una serra di fiori.

Si è spento a Schio, dove era primario medico di quel Civico Ospedale, il dott. GUIDO SALMONI. Era nato ad Ascoli Piceno nel 1870. Seppe accaparrarsi la stima e l'affetto di quanti lo avvicinarono per la dirittura del carattere, la bontà d'animo, l'amore al malato, l'onestà, la capacità professionale.

Durante la guerra, esonerato per richiesta dell'Amministrazione dopo essersi arruolato volontario, si sobbarcò ad un lavoro gravoso per l'assistenza ai soldati che, data la vicinanza dell'Ospedale alla Zona delle operazioni, vi affluivano in grande numero. Offrì poi gratuitamente e con entusiasmo la sua opera ai tubercolotici di guerra.

Nonostante le sue occupazioni molteplici e gravose coltivò con interessamento la propaganda per l'igiene, occupandosi specialmente della lotta contro la tubercolosi, alla quale diede fede di apostolo. Nel 1922 potè raccogliere i fondi per la istituzione di un dispensario antitubercolare, che fu ideato e diretto da Lui. Dott. GILE BRENDOLAN.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Quaderni di Psichiatr., lug.-ag. — A. SALMON. Il sistema vegetativo nel sonno.

Arch. de Med., Cir., ecc., 5 sett. — A. NAVARRO MARTIN. La sifil. chimio-resistente.

Journ. de Chir., lug. — P. WERTHEIMER. La chirurgia del tono muscolare.

Revue Neurol., lug. — C. ORZECHOWSKI e W. MITKUS. Forma parkinsoniana dei tumori della regione infundibulo-ipofisaria.

Prensa Méd. Argent., 10 ag. — C. ALVAREZ. Morbo di Banti a forma trombo-flebitica.

Brit. Med. Journ., 5 sett. — Numero sull'insegnamento.

Proc. R. Soc. Med., sett. — Il valore dei raggi X nella diagn. delle malattie del colon (discuss.). Il controllo della tubercolosi e del rifornimento latteo (discuss.). — Allattamento infantile artific. (discuss.). — Casistica.

Endocrinology, mag.-giu. — E. P. DURRANT. Il vigore. — J. H. MEAUS. Disturbi circolatori nelle mal. delle gland. endocr.

Estudios Médicos, lug. — J. FERRÀN. Infezioni pretubercolari e tubercolosi. — J. PALANCA. Il liq. cef.-rach. nell'encefalite influenzale.

Journ. de Méd. de Paris, 5 sett. — P. RENAULT e J. RICHARD. Le nuove medicazioni antitubercolari.

Rev. Españ. de Med. y Cir., sett. — L. GIRONÉS. Terapia delle artriti deformanti.

Ann. de Méd., ag. — M. VILLARET e a. La tensione venosa periferica nei varicosi degli arti infer. — M. LÉVY. Cura della febbre tifoide col batteriofago.

Osped. Magg., 31 ag. — G. L. COLOMBO. Terapia chirurgica del cheratotono. — I. BETTONI. Nuovo indice per la misura della funzinalità renale.

Bull. Soc. de Cir. de Chile, 8. — A. CONSTANT. Fecaloma sigmoideo.

Arch. Mal. Coeur, ecc., sett. — M. R. CASTEX e al. Sindrome Morgagni-Adams-Stokes parossistica nell'età giovanile. — E. DE NADOR-NIKITITS. Etiologia dell'ipertens. arteriosa essenziale e della sclerosi renale.

Gaz. d. Hôp., 12 sett. — J.-R. HENRY. La mestruazione.

Bull. Méd., 9 e 12 sett. — P. GILLET. Classificazione del reumat. cronico.

Zbl. f. Chir., 12 sett. — E. MELCHIOR. Enterostomia secondaria nella peritonite e nell'ileo. — H. MARXER. Trattam. operat. della lussaz. sternoclavicolare.

Zbl. inn. Med., 12 sett. — F. KOCH. La sanocrisina nella tbc. polm.

Pathologica, 1 sett. — P. S. SARTORI. Ultrafiltraz. dei sieri e liquidi cef.-rach. Wasermann positivi.

Minerva Med., 10 sett. — P. BASTAI. Sostanze asmogene. — F. MICHELI. Forma pseudo- tub. di febbre maltese.

Riv. Ital. di Ginecol., sett.-ott. — P. GALL. Semplificaz. della tecnica nell'interruz. della gravidanza e sterilizzaz. definitiva. — C. DECIO. Struttura della ghiand. pineale durante la gravid. — G. ALBANO. Concentraz. proteica del siero nello stato puerperale.

Journal A. M. A., 29 ag. — C. W. GREENE. Bisogno di ossigeno nello stato di salute e di malattia. — F. W. HARTMAN e A. BOLLIGER. Fosfati inorganici del sangue e tolleranza per lo zucch. — F. SMITHIES. Trattam. non chirurg. dell'ulcera peptica.

Boston M. a. I. Journ., 27 ag. — Numero venereologico.

Riforma Med., 24 ag. — G. FRANCHINI. Myiasi nasale e m. gastro-intestin. — C. SIMEONI. Un caso di incoordinaz. tra fonazione e respiro.

Deut. Med. Woch., 11 sett. — C. SCHUMACHER. Dermopatie e secrez. int. — H. A. GINS. Esame della virulenza del vaccino. — H. LICHT e E. HARTMANN. Agranulocitosi.

Mediz. Klinik, 11 sett. — A. BIEDL e W. REDICH. Iodoterapia delle ipertireosi. — W. HIS. Sulla cura delle affezioni reumatiche. — F. LUKSCH. Encefalite vaccinica. — J. PAL. Durezza e pienezza delle arterie palpabili.

Presse Méd., 2 sett. — C. NICOLLE. Infezioni inapparenti. — P. DELMAS e A. ROUME. Analgesia ostetrica da composti ureici. — 5 sett. FRIBOURG-BLANC e JAUSION. Poliomielite ant. sifilitica. — 9 sett. L. POUSSEPP. Diagnosi, sintomi e cura dei tumori frontali. — L. LORTAT-JACOB. Sindromi d'eredo-meiopragia ectodermica.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., sett. — E. BARATH. Effetti del calcio sul sist. nerv. vegetativo. — N. D. C. LEWIS. Patologia della demenza precoce.

Bol. Inst. Med. Exper. (Buenos Aires), mag.-giu. — A. H. ROFFO e al. Studi sul cancro.

Paris Méd., 5 sett. — Numero di oftalm., otorino-laring. e stomatol.

Ann. Inst. Pasteur, sett. — J. BORDET. Il problema del batteriofago. — E. URECH e W. SCHUYPER. Il bac. di Pfeiffer agente di meningite cer.-spin.

Annali d'Ig., giu.-lug. — M. PERGOLA. Substrati per la ricerca del bac. difterico. — E. FRANCO. Neutralizzaz. delle tossine difterica e tetanica con i fenolipoidi. — V. PUNTONI. La preparaz. dell'azur di metilene e le colorazioni alla Romanowski.

Surg., Gyn. a. Obst., sett. — O. E. NADEAU e O. F. KAMPMEIER. Addominoscopia. — A. HYMAN. Neoplasie renali. — K. A. MEYER e W. A. BRAMS. Tumori non carcinomatosi dello stomaco. — L. SEED. Degeneraz. dei fibromi dell'utero.

Prensa Med. Argent., 20 ag. — J. SPANGEUBERG. « Danza » ileare. — C. BONORINO UDAONDO e al. Chimismo gastrico.

Morgagni, 6 sett. — E. LEO. Ileo da divertic. cecale strozzante il ceco.

Rev. Méd. de Barcelona, ag. — S. GIL VERNET. Varietà del corpo tiroide. — A. PEDRO PONS. Morbo di Banti.

Arch. di Antrop. Crim., ecc., lug.-ag. — R. ROMANESE. Il diritto di sanare. — G. MARGRETH, G. CANUTO. Reaz. di Manoilow.

Journ. Méd. Franç., lug. — Numero sulla dietetica del lattante.

Radiol. Med., sett. — F. SCHIASSI e al. Anomalie costituzionali del tubo digerente. — P. PERONA e B. OMIZZOLO. Studio radiologico del disegno polmon.

Zert. f. Tuberk., sett. — C. COEPER. Costituzione e tbc. — B. LANGE, H. BEITZKE. Le vie d'infez. della tbc. — H. BECKMAN. Inaloterapia della tbc. polm.

Riforma Med., 31 ag. — A. LUISADA. Variazioni orarie della press. arter. — D. MAESTRINI. Nuovo met. di cura della peritonite tbc. essudativa.

Wien. Klin. Woch., 17 sett. — F. MANDL e F. SINGER. Affaticamento e sviluppo del cancro. — B. COGLIEVINA. Herpes zoster e malaria latente.

Lauret, 19 sett. — V. E. NEGUS. Disordini laringei

Japan Med. World, 15 giu. — R. KOBAYASHI. Virus dell'encefalite sperimentale. — 15 lug. T. OSAKA. Il tempo di coagulaz. del sangue circolante nel periodo mestruale. — 15 ag. U. MASEGAWA. Morfologia del torace e del collo nei giapponesi.

Bull. Sc. Med., lug.-ag. — G. BROTZU. Nuovo batterio filtrab. patogeno per cavie e conigli. — D. FOSCHINI. Az. del decotto di china sull'amilolisi pancreatica.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 15 sett. — A. CAMPANI e E. FIORI. Radiocalorimetro per la diagn. di focolaio nella tbc. polm.

Minerva Med., 20 sett. — G. SALVIOLI. Particolare riflesso del piede. — C. GAMNA e G. ANDREI. Batteriologia del reumat. art. ac. — G. OLIARO. L'emicrania.

Pediatria, 15 sett. — G. VITETTI e R. POLLITZER. Stato degli organi emopoietici nell'infez. malarica del bambino.

Presse Méd., 12 sett. — M. CHIRAY, I. PAVELE, M. MILORREVIICH. Colecistatonia: stati ipo ed atonici della cistifellea. — P. ROCHET e E. POLLONON. La sindrome « circolo vizioso ».

Deut. Med. Woch., 18 sett. — H. STAHR. Linfogranulomatosi, tubercolosi e irritaz. oncogena. — A. KEMPINSKI. Trattam. dell'asma bronch. con sali di stronzio. — E. JIOËL e F. FRÄNKEL. Cocainismo ed omosessualità. — J. SZANTÓ. Relaxatio diaphragmatica.

Revista de Chirurgie, giu.-lug. — I. JANN e T. NETTA. Innesti ovarici.

Mediz. Clinik. 18 sett. — R. Henneberg. Valore dei riflessi nella diagnosi. — A. BIEDL e W. REDISCH. Iodoterapia della ipertireosi. — B. IPSTEIN. Influenza della lue congenita sul decorso della tbc.

Paris Méd., 19 sett. — DOPTER e JAUSION. Anergia influenzale. — MATEESEN. Azione dell'emmysol, nuovo sale di Bi, sulla sifilide.

Presse Méd., 16 sett. — H. VIOLLE e M.-C. ROURE. Terapia della febbre tif. col batteriofago. — 19 sett. E. HARDE. Etiologia dei neoplasmi sec. le ricerche di Gye. — M. GUILLEMINET e R. LABRY. Trattam. delle fistole pleur. ribelli. — 23 sett. C. LIAN e P. MONRE. Arteriotomia nell'embolia. — BAYLE. Opoterapia splenica nella tbc. polm.

Bbl. f. Chir., 26 sett. — M. KIRSCHNER. L'igiene della sala operatoria. — A. GREGORY. Il dolore degli psoas nella spondilite.

Zbl. f. Gyn., 26 sett. — P. SCHUGT. Ulcus vulvae acutum. — E. SOLMS. L'Alexander-Adams retro-inguinale.

Ann. Osped. Psichiatr. Prov. in Perugia, IV. — C. AGOSTINI. Influenza dei fattori biologici nella formaz. del carattere. — R. CONIGLI. Incrostazioni delle cellule nerv.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII — Roma, 12 Aprile 1926 — Fasc. 15

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE ITAL. DI BUENOS AIRES - II SEZ. CHIRURGICA
diretta dal prof. R. A. MAROTTA

Colelitiasi recidiva attorno a corpo straniero.

Dott. R. PINI, aiuto, e dott. A. CATTERINA, assistente.

Crediamo utile riferire e descrivere dettagliatamente il caso che ci è occorso di osservare nella nostra sezione chirurgica poichè, oltre alla sua rarità, ci può illuminare sulla patogenesi della litiasi biliare in vescicola infetta e con calcoli formatisi intorno a corpi stranieri.

Lucia L., argentina, di anni 31 e di professione casalinga.

Entra nel reparto speciale di questo Ospedale il 1° maggio 1924.

Padre morto a 64 anni di occlusione intestinale. Madre morta a 54 anni per sincope cardiaca. Tre fratelli viventi e sani.

Soffrì le comuni malattie esantematiche dell'infanzia.

Mestruò a 13 anni senza particolari degni di nota e da allora le mestruazioni si seguirono normali per quantità e tempo.

Ebbe 3 gravidanze con due parti a termine e un aborto di 2 mesi.

Dall'età di tre anni soffrì periodicamente di asma bronchiale. Stette sempre bene sino a due anni or sono, epoca in cui incominciò a notare tremolii continui, profusi sudori, tachicardia, diarree abbondanti e leggero ingrossamento del collo. Consultato un medico, disse trattarsi di ipertiroidismo e fu sottoposta a varie cure opoterapiche che la migliorarono rapidamente e fecero scomparire tutti i disturbi suaccennati.

Da circa un anno e mezzo incominciò a notare dolori di mediocre intensità che dalla regione epigastrica si irradiavano verso l'ipocondrio destro, il dorso e la spalla destra. Tali dolori a tipo continuo e gravativo, comparivano dopo i pasti e con una durata media di 6-7 ore raggiungendo in questo momento il loro maximum di intensità per poi decrescere a poco a poco.

Alcune volte dopo qualche ora dall'inizio dei dolori ebbe vomiti acquosi, di sapore amaro salmastro, di color verde, e in discreta quantità. Altre volte poi notò diarree (3-4 scariche nella giornata) di materie oscure verdastre, quasi liquide.

Per 5 mesi non consultò alcun medico e si applicò cataplasmi, prese laudano, aspirina e si fece clisteri di acqua fredda senza notare però che un beneficio momentaneo. Per timore dei dolori incominciò a diminuire gradatamente l'alimentazione, finchè nell'ultimo periodo preoperatorio non ingeriva che una sola tazza di tè a giorni alterni.

Localmente l'ammalata notò l'epigastrio e l'ipocondrio destro aumentati di volume e notò pure che i movimenti le esacerbavano i dolori.

Visitata in Buenos Aires da vari medici fu diagnosticata essere affetta da colelitiasi e prima di essere sottoposta all'intervento chirurgico, dato lo stato di estrema debolezza e di denutrizione fu

messa ad un speciale regime dietetico malgrado i dolori provocati dall'ingestione del cibo.

Dopo un mese fu operata di colecistostomia, estrazione di vari calcoli, e drenaggio della cistifellea.

Dopo due mesi fu tolto il drenaggio di gomma e finchè la bile usciva dalla ferita operatoria, l'inferma non ebbe a lagnarsi di alcun disturbo; ma quando la ferita si chiuse notò nuovamente forti dolori e gonfiore locale che consigliarono il chirurgo a riaprire la ferita e porre un nuovo drenaggio di gomma.

Seguì bene per circa 4 mesi epoca in cui fu rimosso nuovamente e definitivamente il drenaggio e fu lasciata chiudere la ferita.

Durante questo periodo riferisce l'ammalata, di essersi accorta che in una delle medicazioni sfuggì al medico curante una sottile striscia di garza dentro l'orifizio della fistola biliare e che non le fu più estratta.

Per circa un mese non soffrì alcuna molestia pur non seguendo alcun regime speciale di alimentazione; notò in questo tempo la scomparsa della mestruazione. Dopo lo strapazzo di un viaggio in automobile, incominciò a notare vomito di liquido verde, acquoso, di sapore amaro, diarree profuse e dolori in corrispondenza della cicatrice operatoria nella medesima intensità già descritta precedentemente.

Dopo 10-12 giorni di completo benessere cominciarono nuovamente a comparire i dolori che si esacerbavano nei movimenti e con la palpazione.

Malgrado l'ingestione di vari medicamenti (urotropina, sali bilari, ecc.) tali fatti si ripeterono nuovamente e con intervalli sempre meno frequenti e con maggiore intensità, tanto che l'ammalata era costretta a ricorrere alla morfina e al pantopon.

Visitata dal primario della nostra sezione, il prof. Marotta, fu consigliata ad entrare in ospedale.

Esame obiettivo. — Buono stato generale dell'ammalata; sistema muscolare ed osseo ben sviluppato. T. 37.3; R. 20; P. 82 regolare, ritmico, con buona tensione.

Decubito indifferente.

Capo. — Cranio simmetrico; cuoio capelluto con abbondante capigliatura. Colorito della cute pallido. Pupille normali con buona reazione alla luce e alla accomodazione. Mucosa boccale e labbra roseo pallide. Lingua umida. Denti in buon stato di conservazione.

Al collo non si palpano gangli anormali. Regione tiroidea visibile; alla palpazione si nota aumento di volume della ghiandola.

Torace. — Simmetrico, elastico, ampio. Respirazione costo addominale superiore. Nulla di anormale e degno di nota ai polmoni.

Cuore. — Nei limiti, toni netti, chiari su tutti i focolai di ascoltazione.

Addome. — Nel quadrante superiore destro si nota una cicatrice operatoria della lunghezza di circa 10 cm. lineare nei suoi due terzi inferiori e ovalare nel terzo superiore. Addome depressibile, leggermente dolente alla palpazione superficiale, specialmente all'ipocondrio destro e metà destra dell'epigastrio. Gorgoglio ileo cecale. Alla percussione sonorità normale.

Fegato. — Bordo superiore alla quinta costa. Il bordo inferiore si palpa a tre dita trasverse al di sotto dell'arco costale, dolente e con maggiore sensibilità nel suo terzo medio. Nella regione vescicolare si nota una tumefazione di consistenza carnosa con limiti non ben definiti, molto dolorosa alla pressione e alla palpazione. Facendo porre l'ammalata sul fianco sinistro il fegato si sposta di circa un dito trasverso e il bordo superiore discende alla sesta costa. In questa posizione l'ammalata nota uno stiramento verso il lato destro e non può sopportare tale postura

FIG. 1. — La cistifellea asportata.

per lungo tempo. Dopo la palpazione ha dolori e conati di vomito e salivazione di gusto amarognolo.

Milza. — Non si palpa. Nei limiti normali alla percussione.

Reni. — Non si palpano.

All'*esame ginecologico* si nota: Vagina ampia edematosa. Collo dell'utero grande, molle. Corpo dell'utero della grandezza di un pugno in antiversione, mobile in tutti i sensi. Gravidanza di due mesi.

L'esame radioscopico eseguito il 12 maggio rivela: Prima presa di Ba. alle 5; esame alle 10. Stomaco leggermente sporco di Ba. che occupa il cieco e l'ileo. Somministrata una nuova dose si osserva: Stomaco dilatato in forma di gancio. Il fondo arriva ad un dito trasverso al di sotto della linea basiliaca. Camera d'aria di dimensione normale. Buona motilità digestiva ed espulsiva. Buon passaggio pilorico. Bulbo duodenale normale. Regolare passaggio duodenale. La seconda porzione del duodeno è stirata verso il bordo costale destro ed è squisitamente dolorosa alla pressione.

L'esame delle orine non fa rilevare nulla di anormale.

L'esame del sangue dà: 4,680,000 globuli rossi, 12,400 globuli bianchi. Tasso emoglobinico (Sahli) 93. Valore globulare 0.99. Rapporto globulare 1379. Formula leucocitaria: 69 polin. neutrofili, 28 linfociti, 3 mononucleari grandi.

Wassermann. — Nettamente positiva.

Con la prova della *glicosuria alimentare* si nota presenza di glucosio nell'urina dalla 15ª ora alla 20ª.

Diagnosi clinica. — Colelitiasi recidiva.

Operazione. — Opera il prof. Marotta: assistono il dott. Pini ed il dott. Catterina; cloroformizza il dott. Nebbia.

Anestesia generale morfio eterea. Incisione elittica ed escisione della cicatrice. Si cade sopra la vescicola bilare grande, aderente alla cute e al peritoneo, debordante per due dita trasverse dal margine inferiore del fegato, con pareti notevolmente ispessite e con tenaci aderenze al piloro, al duodeno nella sua prima e seconda porzione. Isolata la vescicola da tali aderenze si può apprezzare nella sua parte inferiore, in corrispondenza dell'imboccatura del cistico, un corpo di consistenza dura, allungato, non spostabile, della lunghezza di circa 5 cm. e di forma cilindrica. Non senza difficoltà si riesce ad isolare completamente la cistifellea e ad estirparla previa legatura del cistico alla sua imboccatura dei canali. Si affonda un drenaggio di gomma e si chiude la parete in tre piani.

FIG. 2. — Il calcolo.

FIG. 3.

Decorso post operatorio. — Viene tolto il drenaggio al terzo giorno. La ferita operatoria si chiude lentamente per seconda intenzione essendo comparsa una lieve suppurazione. Durante la perma-

nenza dell'ammalata nel reparto si continua il trattamento antiluetico già iniziato. Sono scomparse le crisi dolorose; si nota un rapido aumento di peso; persistono a periodi nausee e vomiti che si attribuiscono alla gravidanza.

L'esame culturale della bile fa rilevare la presenza di bacterium coli. Coll'esame macroscopico del calcolo estratto si riesce ad isolare alcuni filamenti di garza e l'esame microscopico a fresco di tali filamenti fa riconoscere intorno a questi dei numerosi cristalli di colesterina (v. microfotografia).

Rivisitata l'ammalata dopo vari mesi ci dà notizia di aver partorito felicemente e di sentirsi completamente sana. La troviamo di aspetto florido ed è aumentata vari chilogrammi dopo la sua uscita dall'ospedale.

Gli ultimi lavori di anatomia patologica e fisiopatologica delle vie biliari hanno modificato in parte l'antico concetto che faceva della colelitiasi una semplice affezione del metabolismo generale per passare ad essere considerata come un'affezione locale con sede principale ed iniziale nella cistifellea.

Senza dubbio però la patogenesi della litiasi biliare è ancora molto discussa, quantunque alcuni autori, come Galippe, Gilbert, Naunyn, Hartmann, ecc., attribuiscano all'infezione e alla stasi biliare la causa esclusiva della malattia, altri invece fra i quali William Hunter, Beer, Körte, Schupfer, Herster, ecc., pur accettando la teoria infettiva come causa importante aggiungono a questa un terzo fattore come causa predisponente alla genesi dei calcoli.

Per Schupfer l'alterazione del ricambio colesterinico e la infezione delle vie biliari hanno una grande importanza nella produzione dei calcoli biliari: ma le leggi fisico-chimiche non ne rischiarano ancora la patogenesi poichè esse mancano di una spiegazione del *primum movens*, sia per la formazione dei calcoli sia per l'arresto della loro formazione e del loro sviluppo. E ancor ora non sa a che cosa attribuire questo *primum movens*, se alle leggi puramente fisiche o a quelle fisico-chimiche o ad altre più complesse che rientrano nelle anafilattiche.

Egli consiglia di studiare profondamente, a chi voglia scoprire le leggi fondamentali della patogenesi della colelitiasi, la costituzione individuale e le turbe del sistema nervoso.

Già da 40 anni si ammetteva con Bouchard che la genesi della litiasi biliare era dovuta all'alterazione della nutrizione; più recentemente con Naunyn, Gilbert e i suoi discepoli, Dominici e Fournier si riteneva che i calcoli fossero il risultato di una infezione biliare.

Sembrava che la teoria infettiva fosse già accettata universalmente quando Aschoff e Bachmeister da una parte e Chauffard e la sua scuola dall'altra sono venuti nuovamente a contrastarla. I primi ne descrivevano il momento causale in differente forma secondo la qualità dei calcoli; quelli di pura colesterina sarebbero prodotti da una stasi della bile unita ad una alterazione dell'intercambio della colesterina, dovuto quest'ultimo ad un aumento nella bile o ad una diminuzione dei sali che la mantengono sciolta. In questo caso, in ambiente sterile, si formerebbero calcoli di colesterina pura che rimarrebbero sempre sterili o che in un secondo tempo potrebbero favorire l'infezione. In tal caso determinerebbero la condizione perchè il calcolo si ricopra di una cappa di bilirubinato di calcio a stratificazione concentrica.

Il meccanismo di formazione dei calcoli secondo questi autori sarebbe il seguente: quando la colesterina è in condizione di precipitare prende la forma di goccioline che si riuniscono fra di loro per fenomeni di tensione superficiale. Tali ammassi si ispessiscono, cristallizzando lentamente, prendendo fin dal principio la forma raggiata. Gli altri calcoli di colesterina e calcio associati a bilirubina, e quelli di colesterina con rivestimento di bilirubinato di calcio si formerebbero secondo il meccanismo descritto da Liesengang.

L'aumento della colesterina nel sangue in ammalati calcolosi fu comprovato indiscutibilmente negli studi eseguiti da Grigaut che sopra 46 calcolosi biliari riscontrò 39 volte più di 2 grammi di colesterina, ossia l'84.5 p. 100 di ipercolesterinemici. Egli attribuiva a questo fatto la causa della calcolosi.

Dai lavori di Chauffard si deduce che la colesterinemia è comunemente la espressione di una alterazione nel funzionamento della cellula epatica. Hartmann dice che se questa ipotesi è certa si spiega facilmente come si abbia colesterinemia nei calcolosi biliari dove il funzionamento epatico è spesso modificato.

La colesterinemia sarebbe quindi il risultato e non la causa della colecistite calcolosa.

Per convalidare questa sua teoria, Hartmann presenta le analisi di sangue eseguite nei suoi antichi operati da M.lle Ledebt all'Istituto Pasteur e all'Hôtel Dieu, da Duval, che dimostrano come gli operati completamente guariti e che non presentano la più piccola alterazione gastro epatica, la quantità di colesterina nel siero è normale nell'84 p. 100 dei casi; mentre in quelli che hanno delle piccole turbe gastro epatiche si trova ipercolesterinemia nell'83 p. 100 dei casi.

Le vescicole infiltrate di colesterina e chiamate *cholesterin-gall-bladder* da Moynihan, e quelle descritte da MacCarthy col nome di *strawberry gall-*

bladder e che Gosset ritiene essere dovute alla presenza di colesterina infiltrata nella mucosa, sono nuove forme portate dai sostenitori della teoria umorale.

Senza dubbio però la colesterina si trova in certe cisti di ovario e in vecchi idroceli senza che si abbiano in questi casi formazioni di calcoli.

La teoria infettiva, unita alla stasi biliare è quella che attualmente ha maggiori fautori.

Galippe nel 1886 fu il primo che ebbe l'idea dell'origine microbica dei calcoli biliari.

Letienne nel 1891 raccolse e studiò nuovamente questa teoria e pensò che i microrganismi possano determinare fermentazione e scomposizione nella bile capaci di produrre calcoli.

Ma il più forte fautore della teoria infettiva fu Naunyn che la illustrò ampiamente nel decimo congresso di medicina a Wilsbaden nel 1891, dopo di aver combattuto la teoria dietetica che era la sola ammessa fino allora. Per lui i microrganismi, coadiuvati da una stasi biliare, provocano fenomeni di angiocolite con sfaldamento epiteliale (lasciando libere piccole goccioline di colesterina), coaguli di muco e fibrina ricca di calcio. In questo modo si costituisce un nucleo primtivo di uno o più calcoli sopra il quale si formeranno successivamente nuove stratificazioni dei differenti elementi biliari. Questi calcoli possono in seguito trasformarsi in calcoli di colesterina per colesterinizzazione.

Ma anche piccoli cristalli di colesterina possono unirsi fra loro per prodotti flogistici e formare dei calcoli sprovvisti di nuclei primitivi. Per l'infiammazione delle vie biliari si possono formare pure piccoli e numerosi calcoli di bilirubinato di calcio, con scarsa colesterina.

Per Naunyn il meccanismo di formazione di calcoli è il seguente: ammesso che l'equilibrio colloidale della bile, nella quale sta sciolta la colesterina e il bilirubinato di calcio, sia mantenuto dall'azione protettrice dei colloidi e dalla uguaglianza della carica elettrica dei vari elementi della bile; un nuovo elemento che intervenga nella bile stessa o che abbia una carica elettrica differente, per esempio l'albumina, farà sì che sopra un nucleo colloideo primitivo precipitino i cristalli biliari disponendosi ritmicamente in cappe concentriche secondo il meccanismo di Liesengang.

La maggior parte degli autori accettano la teoria infettiva specialmente dopo le esperienze di Mignot che è riuscito a fabbricare calcoli quasi a volontà, cosa che i fautori della teoria della colesterinemia non sono riusciti a produrre sperimentalmente aumentando la colesterina nel sague.

Per di più Naunyn dimostra colle sue esperienze che introducendo colesterina in eccesso nel sangue non aumentava la sua proporzione nella bile. Per produrre calcoli sperimentalmente Mignot procedeva nel seguente modo: riempiva la vescicola con garza sterile o con un batuffolo di cotone sul quale depositava un po' di cultura microbica; dopo tre settimane ritirava il batuffolo, già osservava alcune concrezioni, ma non dei veri calcoli. Chiusa la vescicola aspettava sei mesi per sacrificare l'animale. Di 17 cavie sacrificate dopo questo tempo riscontrò calcoli in nove. In altre constatò morte per ritenzione di calcolo nel coledoco e colecistite. In un caso sacrificato dopo 14 mesi osservò una colecistite sclero-atrofica con caratteri tipici ed in un altro una colecistite suppurata con ostruzione del cistico per due calcoli.

Mignot dimostrò pure che la presenza di corpi stranieri nella vescicola non è sufficiente per produrre calcoli. Nel suo lavoro troviamo un esperimento col quale dimostra come lasciando un filo di seta asettico e per sei mesi nella vescicola della cavia non riscontrò la più piccola concrezione depositata nella parete. Lo stesso avvenne con un batuffolo di cotone della grandezza di un pisello che lasciò per 8 mesi senza osservare in seguito nelle sue fibre la più piccola cristallizzazione biliare.

Dimostrò pure come la sola infezione, specialmente quando è intensa non è sufficiente a produrre calcoli. Introdusse nella vescicola fili di seta o piccoli batuffoli di cotone infettati con bacterium coli, stafilococco o streptococco. Osservò al poco tempo l'apparire di una colecistite più o meno intensa con precipitazione di fango biliare mescolato con pus ma non dei veri calcoli.

Per ottenere questi ultimi Mignot utilizzò culture di microbi attenuati e con microbi abituati a vivere nella bile che ottenne coltivando i germi nella bile stessa durante vari mesi e aggiungendo o diminuendo ogni tanto brodo o siero ascitico.

Una delle critiche ai calcoli prodotti sperimentalmente dal Mignot era che si differivano molto dai calcoli umani per la scarsità di colesterina e per l'essere questi formati quasi esclusivamente da pigmenti biliari. Ma gli esami fatti successivamente da Gebert hanno dimostrato come questi calcoli fossero costituiti nella massima parte da colesterina con una scarsa quantità di sali biliari e prodotti di alterazione dei pigmenti. Dal che appare quindi evidente come siano identici a quelli che si osservano nell'uomo. Per di più è conveniente ricordare come gli esperimenti furono fatti nelle cavie, animali che secondo Chauffard hanno una bile molto povera di colesterina ed una alimentazione scarsamente colesterinizzante.

Uno dei più ferventi difensori della teoria infettiva è Hartmann che termina il suo autorevole capitolo sulla patogenesi della litiasi biliare con queste parole: « que les calculs résultent de l'action d'une infection atténuée, combinée à une stagnation partielle de la bile ».

Essendo la infezione una delle cause principali alla formazione dei calcoli è conveniente sapere in qual forma questa si produce.

La infezione per via biliare ascendente, considerata come una delle forme abituali è forse quella meno frequente poichè il deflusso regolare della bile, quando non vi si opponga alcun ostacolo, è il miglior drenaggio fisiologico della via biliare, tenendo per di più in conto che il duodeno è raramente infetto.

Però Gilbert e il suo discepolo Lipmann hanno dimostrato che nella parte terminale della via biliare è alloggiata normalmente una serie di microbi saprofiti che aumentano la loro virulenza quando la condizione del mezzo è modificata per la presenza di calcoli.

Più comunemente la infezione giungendo al fegato per via portale passa alla vescicola per via biliare discendente o attraverso delle ricche reti linfatiche che esistono fra fegato e vescicola.

Secondo i recenti lavori di Graham, Barber, Petermann, Moynihan, la infezione per via linfatica sarebbe la più frequente.

La infezione attraverso il fegato spiega la presenza di epatite concomitante alla colecistite acuta e cronica.

La infezione che giunge al fegato per via portale può provenire dal tubo gastro-intestinale o dalla milza. La prima forma spiegherebbe la frequenza della colelitiasi nelle appendiciti, poichè mancando vie dirette linfatiche e sanguigne fra questi due organi si deve ammettere, nella maggior parte dei casi, che l'infezione proveniente dall'appendice arrivi alla vescicola attraverso il fegato.

L'altra via d'infezione, ossia l'arteriale sembra esistere solo come localizzazione di una infezione generale.

Oltre alla infezione l'altra causa che contribuisce alla formazione dei calcoli è la stasi parziale della bile.

La stasi per se sola non è capace di produrre calcoli. Questo fu ben dimostrato da Mignot nei suoi esperimenti ponendo nella vescicola della cavia una molla di metallo asettica allo scopo di distenderla. Sacrificato l'animale dopo sette mesi trovò la cistifellea distesa ma senza che le pareti presentassero la più piccola infiammazione; la bile era chiara e mancava di precipitato visibile al microscopio.

Conoscere il momento di formazione dei calcoli è cosa anche interessante per il chirurgo.

I calcoli possono formarsi in qualunque punto della via biliare; a preferenza però si riscontrano nella vescicola. Ed è in effetto nella cistifellea dove noi troviamo più frequentemente riuniti i due fattori litogeni, stasi e infezione.

La vescicola biliare non è un semplice deposito nè può essere considerata come un organo rudimentale. Tutti sanno che la cistifellea accumula la bile nell'intervallo della digestione e le fa subire modificazioni (concentrazione, aumento di mucina e colesterina) che la rendono più fluida; ritiene la bile finchè lo sfintere di Oddi, vero regolatore della secrezione biliare, provocando un riflesso del deposito che si contrae sopra il suo contenuto, la espelle.

Vi sono varie cause che possono facilitare la stasi biliare fra le quali si può citare:

1) La posizione della vescicola. L'anatomia ci insegna che la vescicola si dirige da avanti in dietro e dal basso in alto e da destra a sinistra. Questa obliquità può essere aumentata per la presenza di un mesocistico, di una ptosi addominale, per la compressione del fegato (busto) che discende il bordo anteriore della ghiandola e quindi il fondo della vescicola.

2) La struttura della cistifellea e delle vie biliari; più specificatamente per la distribuzione e la funzione delle fibre muscolari che si dispongono nella seguente forma: plessiforme nel fondo e nel corpo, circolare nell'infundibolo e collo, molto scarsa nei canali biliari.

3) Le ghiandole mucose, che mancano nella vescicola sono numerose nel collo e nel canale epatico, cistico e coledoco.

4) La varietà topografica come: formazione in S del collo e del cistico che predispone all'inginocchiamento, la lunghezza e la diversa apertura dell'angolo cistico-epatico.

5) Il calibro del cistico e delle sue valvole di Heister.

Per di più il potere di contrazione delle vie di escrezione biliare si attenua singolarmente in alcune condizioni. Così le fibre liscie si atrofizzano nella vecchiaia; Charcot ha dimostrato questa atrofia nella parete del sistema biliare dei vecchi. Per tal motivo i calcoli sono più frequenti nelle persone che abbiano oltrepassato i 40 anni.

Le malattie infettive e particolarmente la febbre tifoidea provocano una atonia dell'apparato escretore e quindi favoriscono la stasi tanto più che producono una diminuzione di bile e un aumento di muco.

Possiamo inoltre segnalare la compressione per

tumori, inginocchiamento per briglie, aderenze del piloro e del duodeno, spostamento del fegato, ecc.

Altra causa che ha una influenza indiscussa è la gravidanza poichè durante la gestazione vi influisce con il volume dell'utero e dopo il parto con il rilasciamento della parete addominale che producendo una ptosi generale provoca un inginocchiamento dei canali biliari ostacolando il deflusso della bile.

***

Il caso da noi descritto crediamo che rivesta singolare importanza, perchè viene a provare e a confermare anche nell'uomo le esperienze fatte dal Mignot nella cavia e sostiene indubbiamente la teoria infettiva.

Noi troviamo infatti, come negli esperimenti del Mignot, riuniti nel nostro caso, i tre fattori principali e necessari alla formazione dei calcoli. La stasi biliare, dovuta al volume della vescicola, alle aderenze di questa col piloro e col duodeno; il corpo straniero, e la infezione per la presenza del bacterium coli.

BIBLIOGRAFIA.

LETIENNE. *De la bile a l'état pathologique.* Thèse de Paris, 1891.

GILBERT et DOMINICI. Soc. méd. des hôp., 16 juin 1894.

MIGNOT. *Calculs biliaires expérimentaux.* Soc. de chir., 19 mai 1897.

GILBERT et FOURNIER. Bull. Soc. biol., 10 oct. 1897.

WILLIAM HUNTER. *On cholelithiasis.* Brit. med. Journ., 30 oct. 1897.

BEER. *Concerning the Causes of Gallstones.* Amer. Journ. med. Sc., 1905, vol. 30, p. 432.

KÖRTE. Beiträge zur Chir. Der Gallenwege und der Leber, Berlin, 1905.

ASCHOFF. *Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Cholelithiasis und Cholecistitis.* Verhandl. d. Deutsch. Path. G., 1905.

BOUCHARD. *Maladies par ralentissement de la nutrition.* Paris, 1882.

NAUNYN. *Klinik der cholelithiasis.* Leipzig, 1892.

ASCHOFF et BACMEISTER. *Cholelithiasis,* 1909.

GRIGAUT. *Le cycle de la cholestérinémie.* Th. de Paris, 1913.

CHAUFFARD. *Leçons sur la lithiase biliaire.* Th. de Paris, 1914.

GOSSET. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. Paris, 1922.

MAC CARTHY. *The Pathology of the gall-bladder.* Ann. of. Surg. Phil., mai 1910, et Mayo Clinic, 1910.

HARTMANN. *Chirurgie des voies biliaires.* Paris, 1923.

MOYNIHAN. *Cholelithiasis: its early recognition and and early treatment.* The practitioner, London, decembre 1908.

SCHUPFER. Archivio Italiano di Chirurg., 1924, fascicolo 6.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretto dal prof. sen. G. B. QUEIROLO.

Rilievi sulla patogenesi del sintoma di Lesieur nel tifo.

Dott. SILVIO TRENTINI.

Nel 1911 Lesieur richiamava l'attenzione su di un fenomeno che molto frequentemente suole accompagnare l'infezione tifoide, e cioè su di una sub-ottusità che si rileva colla percussione, alla base dell'emitorace di destra, ed a destra soltanto, che egli chiamò « sub-ottusità retroepatica » in rapporto, come vedremo, alla patogenesi del fenomeno stesso ritenuta come tale dall'autore.

Tale fenomeno, che secondo il Lesieur si rileva colla percussione superficiale, avrebbe un grandissimo valore sia dal punto di vista diagnostico, per il suo comparire precoce tanto da precedere le roseole e l'ipertrofia della milza, quanto dal punto di vista prognostico, perchè la sua scomparsa o diminuzione, sarebbe indice della fine della malattia; il suo persistere poi, od il suo ricomparire dopo il periodo di defervescenza, ci permetterebbe di diagnosticare una recidiva. La comunicazione del Lesieur non poteva non essere presa in considerazione specie per l'importanza che assumeva in rapporto alla diagnosi della febbre tifoide essendo, come è noto, molto difficile, in un primo tempo, fare una sicura diagnosi di questa infezione.

Non mancarono infatti altre osservazioni e ricerche attraverso alle quali vari autori (Radulescoed Atanassiu, Corone, Kühl, Piazza, Campani e Bergolli, Cicconardi) conclusero per la reale frequenza ed importanza del sintoma suddescritto sia dal punto di vista diagnostico che (Kühl) prognostico, sebbene non si possa ritenere esclusivo (Corone-Campani e Bergolli) dell'infezione tifosa. Alle stesse conclusioni è arrivato, recentemente, Marcantoni, come da una sua comunicazione all'ultimo congresso di medicina interna (1924): anche questo autore nello stesso tempo che conclude per l'indiscussa importanza del fenomeno, ne nega la specificità avendolo riscontrato, qualche volta, anche nella difterite, febbre puerperale, scarlattina, ecc.

Come si vede all'osservazione del Lesieur spetta realmente una certa importanza: in questo convennero i vari autori che si occuparono dell'argomento, ma quando si trattò di indagare la causa e l'origine del fenomeno non tutti i pareri furono concordi:

Lesieur spiega il fenomeno con un ingrandimento del fegato dovuto all'azione difensiva che questo organo sarebbe chiamato a compiere nella infezione tifosa. Egli esclude la possibilità di una lesione pleuro-polmonare alla quale si possa imputare la comparsa della sub-ottusità, come esclude un possibile innalzamento del fegato per effetto del meteorismo avendo, in alcuni casi, notata la sub-ottusità retro-epatica senza concomitante stato meteoritico delle anse intestinali, mentre in altri, ove il meteorismo era talora piuttosto spiccato, la ricerca della sub-ottusità era risultata negativa.

Corone ammette quale spiegazione del fenomeno l'ipertrofia antitossica del fegato: si chiede però perchè l'infezione Eberthiana possa realizzare questa ipertrofia a differenza di altre infezioni.

Kühl attribuisce invece il fenomeno a fatti bronchiali o ad un risentimento pleurico; fatti questi che nel decorso del tifo prevarrebbero, secondo l'autore, nella metà destra del torace.

Piazza, partendo dal principio che la linea di ottusità posteriore epatica normale passa al di là della vertebrale nel 10° spazio intercostale estendendosi di 3 1/2-5 cm. verso sinistra, ed avendo constatato che nei tifosi questa ottusità sinistra si estende, invece, a 6 ed anche ad 8 cm. dalla mediana vertebrale, si ritiene autorizzato a concludere, dato che questo rilievo in caso di una zona di ottusità posteriore a destra del torace varrebbe a decidere che tale ottusità è da ascriversi al fegato ingrandito e non alla base del polmone comunque addensata, (sintoma di Grocco) che il fenomeno del Lesieur è effettivamente dovuto ad un ingrandimento del fegato. Esclude che si possa trattare di un addensamento polmonare da fatti ipostatici perchè questi si sogliono manifestare bilateralmente.

Campani e Bergolli ritengono che il fenomeno del Lesieur non sia da imputarsi ad un ingrandimento del fegato perchè, anche negli ingrandimenti epatici considerevoli, l'ottusità retro-epatica, come ebbero ad osservare, aumentava ben di poco. Tutto porta a pensare, aggiungono gli autori, che si tratti di fenomeni ipostatici polmonari, frequentissimi nel tifo, per angioipotonia e per le anastomosi, messe in evidenza da Gilbert e Villaret, che esistono fra il sistema portale ed il circolo delle basi polmonari attraverso le quali, ogni qual volta esista un sovrariempimento del sistema portale, ne segue una congestione della base polmonare. Il fatto indiscutibile del prevalere dei fenomeni ipostatici a destra, secondo questi autori, potrebbe trovare la sua spiegazione nel decubito del polmone destro, su di una base solida e spesso congesta quale è il fegato.

Marcantoni ripetute anche le esperienze del Piazza, attraverso al sintoma di Grocco già descritto, afferma che non si può escludere che l'ingrandimento del fegato possa avere la sua influenza nella patogenesi del fenomeno del Lesieur come non possono essere esclusi i fatti circolatori. Ritiene che questi due fattori si debbano sommare e che la loro concomitanza debba essere, certamente, l'esponente della esplicazione del fenomeno. Si domanda però come può valere una simile interpretazione del fenomeno quando esso compare nei primi giorni di malattia e cioè quando il fegato non può aver raggiunto notevoli dimensioni e quando per essere ancora il cuore in buone condizioni di funzionalità è difficile ammettere fatti di ipostasi. Avanza allora l'ipotesi che si possa in questi casi trattare di una localizzazione primitiva del bacillo Eberthiano o di una irritazione riflessa della pleura attraverso allo splancnico.

Da questa succinta esposizione bibliografica risulta che se i vari autori citati si trovano d'accordo nell'ammettere la frequenza e l'importanza del sintoma del Lesieur nel tifo, non altrettanto lo sono circa l'interpretazione della sua patogenesi. Per quest'ultima ragione, sebbene il sintoma in parola sia già entrato a fare parte di qualche trattato moderno di semeiotica (Cicconardi), ho creduto utile ritornare sull'argomento colla speranza di portare qualche contributo per una più esatta interpretazione del sintoma che ho ricercato metodicamente in 40 ammalati di tifo. Sopra questi 40 infermi ho riscontrato positivo il sintoma del Lesieur in 27 casi e cioè nel 67.5 %. Di questi 27 casi 8 presentarono la sub-ottusità retroepatica alla fine del primo settenario, 15 nel secondo, 4 al principio del terzo. Benchè la percentuale dei casi nei quali la ricerca del sintoma mi riuscì positiva (67.5 %) non sia quella riferita dal Lesieur (80-90 %), non posso non riconoscere l'importanza che può avere il rilievo di questa sub-ottusità nella diagnosi della infezione tifosa. Lasciamo a parte, però, l'importanza del fenomeno per la quale tutti gli autori che si occuparono dell'argomento conclusero concordemente, ed occupiamoci direttamente del suo possibile ed eventuale meccanismo patogenetico tanto discusso ed altrettanto incerto.

Anzitutto, cosa che a me non fu dato di rilevare, forse per il numero limitato delle mie osservazioni, si può spiegare la comparsa del sintoma nei primissimi giorni, con un ingrandimento del fegato consecutivo alla funzione di difesa che avrebbe questo organo nella infezione tifosa?

Mi sembra inammissibile che il fegato possa, in pochissimi giorni, assumere attraverso a questa sua funzione di difesa un aumento tale da produrre posteriormente ed in alto una sub-ottu-

sità che arrivi, come dice il Lesieur, talora fino alla metà della scapola perchè, e questo non lo dobbiamo dimenticare, nel primo periodo di malattia nel quale l'intestino non è ancora stato ulcerato e l'infezione si sta più che tutto svolgendo nell'ambito del sistema linfatico, al fegato non è ancora stato richiesto quell'aumento di lavoro che possa determinare un suo ingrossamento funzionale. Attraverso allo smorzamento plessico, all'indebolimento del murmure vescicolare che si avverte sin dai primi giorni dell'infezione, alla base dell'emi-torace destro, viene istituendosi il vero fenomeno del Lesieur, o si deve invece sospettare una localizzazione pleurica dell'infezione? Se questi non sono i classici e decisi fenomeni semeiotici che comunemente siamo soliti rilevare nell'infiammazione pleurica, non è un elemento sufficiente per poterla escludere; questo è da tenersi presente in special modo nell'infezione tifosa dove, raramente, la pleurite ha un decorso tumultuario, ma decorre, il più delle volte, in modo insidioso dando luogo soltanto ad una piccolissima quantità di liquido. È tanto insidioso talora il decorso delle pleuriti del tifo che bisogna ricercarlo, dicono Widal e Merklen: in molti casi solo la puntura metodica del torace dimostrerà la presenza del piccolo strato di liquido perchè il rilievo semeiotico, in questi casi, può essere quello che tante volte accompagna la semplice congestione polmonare.

Esclusa la probabilità che il sintoma del Lesieur, quando compare fin dai primissimi giorni dell'infezione, possa, per le considerazioni fatte precedentemente, istituirsi in seguito ad un ingrandimento del fegato, quale altra ipotesi noi ci possiamo affacciare per spiegarne, in questo caso, la patogenesi? Con tutta ragionevolezza dovremmo escludere che si tratti del vero sintoma del Lesieur ed ammettere una localizzazione pleurica dell'infezione: l'altra ipotesi che si possa, cioè, trattare di fenomeni congestizi da ipostasi polmonare mi sembra meno probabile, perchè dobbiamo tener presente che la causa principale che vale a determinarli, è la minorata forza cardiaca e noi sappiamo che ben poche, o nessuna, possono essere le modificazioni cardiache nei primi giorni dell'infezione tifosa; a meno che non si tratti di casi in cui lo stabilirsi precoce della debolezza miocardica, sia da mettersi in rapporto a peculiarità individuali della fibra cardiaca, od a pregresse o gravi malattie del miocardico.

Riferendomi, ora, alle mie osservazioni, vediamo quale può essere l'interpetrazione del sintoma non più considerato, come ho fatto finora, nei primi giorni dell'infezione, ma nei giorni seguenti, a malattia già in avanzata evoluzione. Dobbiamo, mi pare, discutere sulle stesse ipotesi avanzate poc'anzi per spiegarci il sintoma nella sua comparsa precoce e cioè:

a) ingrandimento del fegato;

b) localizzazione pleurica o pleuro-polmonare dell'infezione;

c) addensamento pulmonare da fenomeni d'ipostasi.

A) L'ingrandimento del fegato nel tifo, passato il primo settenario, si osserva con una certa frequenza e talora raggiunge un tale grado da rendere l'organo palpabile. Che questo ingrandimento possa però anche posteriormente dare un aumento in alto dell'ottusità epatica sì da farla arrivare fino a metà della scapola, mi sembra poco probabile perchè come afferma French, in base a sue numerose osservazioni, rarissimamente si può constatare questo fatto. Infatti l'aumento in peso dell'organo ingrandito dà luogo ad un suo abbassamento; e siccome la resistenza degli intestini, (a meno che non esista un intenso meteorismo) e delle pareti addominali è minore di quella del diaframma, il fegato, seguendo la linea di minor resistenza, non può che scendere in basso.

Un aumento dell'area d'ottusità epatica verso l'alto può verificarsi soltanto quando affezioni epatiche (come un ascesso tropicale od una cisti da echinococco che si estrinsechino sulla superficie superiore del lobo destro del fegato) sollevano il diaframma sovrastante, oppure quando si abbia una spinta agente dal basso all'alto sul fegato per raccolte molto abbondanti di liquido ascitico, o per tumori addominali di un certo volume, sebbene sia raro, anche in queste due evenienze, il verificarsi di uno spostamento in alto del fegato perchè sono condizioni morbose che determinano più facilmente la compressione degli intestini e la sporgenza delle pareti addominali. In tutti i modi l'aumento in alto dell'area d'ottusità epatica sarebbe dovuta soltanto ad uno spostamento in alto del fegato per aumentata pressione endoaddominale. Per queste considerazioni, che l'esperienza clinica ci suggerisce, siamo portati ad escludere che anche in un periodo più inoltrato dell'infezione tifosa possa il sintoma del Lesieur spiegarsi con un ingrandimento del fegato sebbene, ripeto, esso sia realmente aumentato di volume.

B) L'ipotesi avanzata che il sintoma del Lesieur possa attribuirsi anche dopo passati i primi giorni di malattia, a localizzazioni pleuropolmonari mi sembra che si debba, nella maggioranza dei casi, escludere. Anzi tutto mancano i fenomeni semeiotici che comunemente sogliono accompagnare queste affezioni, secondariamente data la grande frequenza colla quale, nel tifo,

si rileva il fenomeno del Lesieur bisognerebbe dire che il tifo nella maggior parte dei casi è accompagnato da complicazioni quali l'esperienza clinica ci fa assolutamente escludere.

Rara è infatti la pleurite: ammettiamo pure, come dice Gilbert, che le statistiche di Liebermeister (4 %) e sopra tutto di Louis (1:57) siano al disotto del vero, ma sono un dato sufficiente per farci ritenere la pleurite poco frequente senza contare che la sua comparsa, quand'essa si manifesta, non è da mettersi in rapporto di tempo con quella del sintoma del Lesieur perchè questo compare, il più di frequente, alla fine della prima e nella seconda settimana, mentre la pleurite suole manifestarsi talora nei primi giorni dell'infezione o, più spesso, sul declinare o nella convalescenza della malattia. Non dirò della broncopolmonite e della pneumonite anche queste complicanze possibili ma abbastanza rare del tifo e che non possono essere prospettate per l'interpretazione del sintoma del Lesieur.

C) Più suggestiva è l'ipotesi che la sub-ottusità retroepatica sia dovuta a congestione pulmonare ipostatica come vogliono Campani e Bergolli. Questi AA. spiegano il sintoma del Lesieur colla stasi sanguigna del sistema capillare specie di quello polmonare che si determinerebbe in conseguenza di una diminuzione del tono vasale che sempre suole accompagnare l'infezione Eberthiana. A sostegno di questa loro interpretazione fanno osservare che l'alta zona ipofonetica che costituisce il sintoma del Lesieur si abbasserebbe assai, portandosi quasi ai limiti normali della ottusità epatica posteriore, quando si invita l'infermo a compiere una forte ginnastica respiratoria: soltanto nei casi dove i fenomeni generali sieno più gravi, essi dicono, tale ritorno non è completo. Questa ipotesi è, ripeto, molto suggestiva perchè, oltre all'ipotonia vasale invocata dagli AA., abbiamo anche, nel periodo dell'infezione tifosa che stiamo ora considerando, la comparsa di quei fattori che inducono alla stasi polmonare e che possiamo riassumere nella progrediente debolezza cardiaca, da causa verosimilmente tossica, e nella immobilità nel letto dell'infermo che è resa necessaria dalla profonda depressione nervosa (stato tifoso) propria di questa malattia. Interpretando così il fenomeno del Lesieur bisogna però domandarsi come e perchè debba essere costantemente negativo il reperto di una omologa sub-ottusità a sinistra giacchè è notorio, che se dei fenomeni di addensamento pulmonare da fatti ipostatici si stabiliscono, questi si sogliono manifestare, il più delle volte, bilateralmente. Campani e Bergolli trovano la spiegazione di questo prevalere dei fenomeni ipostatici a destra nel decubito del polmone destro su di una base solida e spesso congesta qual'è il fegato e, forse, (ed io credo con poca ragionevolezza) in ragioni simpatiche specifiche del tifo dato che le lesioni intestinali sono in grande prevalenza a destra « essendo nota l'importanza topografica proiettiva dei fenomeni patologici ».

Prescindendo dalla rarità colla quale si manifestano lesioni ipostatiche unilaterali mi sembra che per altre ragioni l'interpetrazione che questi AA. vorrebbero dare al prevalere, nel tifo, del fenomeno ipostatico a destra, non regga troppo alla critica. Infatti, negando gli AA. un ingrandimento del fegato ed essendo la topografia del polmone destro rispetto allo stesso fegato costante in tutti gli individui, non è troppo facile il comprendere come solo nelle lunghe degenze del tifo si debba osservare il fenomeno del Lesieur e non in quelle di infezioni di altra natura.

Quale, allora, potrà essere una più giusta interpetrazione del fenomeno? Persuaso io della bontà del metodo seguito dal Piazza, ho, come lui, tenuto conto del sintoma di Grocco per studiare i miei casi, ed ho molto spesso trovata la concomitanza tra questo sintoma e quello del Lesieur. Dobbiamo dunque anche noi, riferire unicamente all'aumento di volume del fegato l'istituirsi del fenomeno del Lesieur? o non dobbiamo piuttosto e più ragionevolmente, pensare ad un suo spostamento in alto? Io propendo a ritenere per vera questa seconda supposizione avendo già in addietro espresse le ragioni che mi fanno ritenere per poco attendibile la prima. È al fegato, così, che noi dobbiamo riferire il fenomeno ma non per il fatto che l'organo sia soltanto ingrandito ma bensì perchè spostato in alto.

Ammesso questo noi dobbiamo ora determinare il meccanismo di produzione di questo spostamento che qualche volta si avvera anche quando manchi il forte meteorismo intestinale che possa determinarlo e manchi qualunque altra ragione nell'ambito peritoneale che possa agire meccanicamente sul fegato spingendolo in alto. Noi possiamo farlo soltanto immaginando una maggiore cedibilità della volta diaframmatica, cedibilità che si rende più manifesta a destra sotto l'azione della grossa massa del fegato iperfunzionante. Ma a quale fattore possiamo noi riferire questa cedevolezza? Ad una lesione vera e propria anatomica, istologicamente dimostrabile, delle fibre muscolari diaframmatiche o ad una lesione di funzionalità di origine riflessa in rapporto alla profonda depressione nervosa determinata dalla infezione tifosa? Forse all'uno e all'altro fattore insieme: al primo inquantochè conosciamo l'azione potentemente degenerativa che la tossina tifosa eserci-

ta sulla sostanza contrattile muscolare facendola degenerare e conducendola, nei casi più gravi ed avanzati di malattia, fino alla caratteristica degenerazione cerea che ha, come sappiamo, la sua sede di elezione nei muscoli retti addominali e nel diaframma; al secondo inquanto le lesioni tossiche del sistema nervoso centrale, se conducono nella sfera psichica alla caratteristica stupidità, nel campo sensoriale ad un ottundimento di tutto il sensorio, nel campo della motilità conducono ad un indebolimento motorio funzionale molto manifesto.

Scarso stimolo alla funzione, alterazione degenerativa incipiente (giacchè certamente all'epoca di elezione per la comparsa del fenomeno del Lesieur le alterazioni degenerative non possono essere molto avanzate nell'apparato muscolare), ci danno ragioni sufficienti per sostenere la facile cedibilità del diaframma, fattore questo, dunque, primo fra tutti per la produzione del fenomeno del Lesieur.

Tutto induce, dunque, a ritenere che la mia ipotesi sia la vera ed io credo abbia molti argomenti a suo favore. Certamente però una ricerca istologica sistematica che si faccia sul muscolo diaframma nei tifosi, e specialmente quando se ne possa studiare qualche caso in un periodo non troppo avanzato di malattia, potrà definitivamente convalidarla.

CONCLUSIONI.

1) Nell'infezione tifosa dell'uomo si manifesta, in una percentuale abbastanza elevata, la sub-ottusità retro-epatica descritta da Lesieur e questo fenomeno costituisce, quindi, un reperto di una certa importanza agli effetti diagnostici della infezione.

2) Tale sub-ottusità quando sia precocemente rilevabile, con molta probabilità, è determinata da una localizzazione pleurica dell'infezione e non costituisce, quindi, il vero fenomeno del Lesieur.

3) La sub-ottusità retro epatica quando si manifesti, come il più delle volte, in periodi più avanzati dell'infezione, al di là cioè della fine del 1° settenario, allora soltanto costituisce il sintoma del Lesieur e non si può spiegare col solo ingrandimento funzionale del fegato come il Lesieur ed altri autori vorrebbero, nè con semplici fenomeni ipostatici del polmone destro, ma bensì con uno spostamento in alto del fegato ingrandito: spostamento causato da una diminuita tonicità del diaframma determinata e, da alterazione degenerativa incipiente, d'origine tossica, della sua sostanza contrattile e, da un indebolimento degli stimoli funzionali dato dalla profonda depressione del sistema nervoso caratteristica, questa, dell'infezione tifosa.

BIBLIOGRAFIA.

BROUARDEL-GILBERT. *Trattato di medicina e terapia*, III, *Ileo tifo*.
CAMPANI e BERCOLLI. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, marzo 1918.
CICCONARDI. *Manuale di semeiologia medica*, 1924. Soc. Ed. Libraria.
CORONE. Montpellier médicale, 1912.
EICKHORST. *Patologia e terapia speciale*, vol. IV. Trad. CLERICI. Soc. Ed. Libraria, 1908.
FRENCH. *Diagnostica differenziale*, v. I, e II. Trad. U. SELLA e G. MALAN, 1922. Soc. Ed. Libraria.
GILBERT e VILLARET. Gazzetta ospedali e cliniche, 1908. Seduta 25 luglio 1908 à la Société médicale des hôpitaux.
KÜHL. Deutsche medizinische Wochen., n. 31, 1915.
LESIEUR. Lyon médicale, 2 febbraio 1911.
LESIEUR e MARCHAND. Presse médicale, 30 luglio 1913.
MARCANTONI. Atti del Congresso di medic. interna, 1924.
PIAZZA. Rivista critica di clinica medica, Firenze, 1916.
RADULESCO e ATANASSIU. Presse médicale, 30 novembre 1912.

RIVISTE SINTETICHE.

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Studi sulle micosi organiche.

Dott. prof. CARLO BASILE
incaricato di *Diagnostica delle malattie tropicali*

I funghi patogeni possiedono proprietà biologiche e specifiche, proprietà tossiche secondo la specie a cui appartengono; essi invadendo i tessuti e gli organi esplicano la loro azione tossica e causano alterazioni anatomiche talora le più gravi e conseguente sintomatologia clinica.

Tale infezione determinata da funghi patogeni è stata denominata *Micosi*.

Pazienti ricerche scientifiche furono eseguite su alcune micosi cutanee, organiche, generalizzate che si riscontrano non solo nelle regioni tropicali ma ben anche nelle regioni a clima prevalentemente caldo ove sieno le opportune condizioni di ambiente che permettono lo sviluppo del germe infettivo.

Etiologia delle micosi. — L'etiologia delle micosi riferisce l'inizio delle infezioni:

a) alle condizioni biologiche (termiche, igrometriche) favorevoli al fungo patogeno; a trau-

---

NOTA. — *Nell'iniziare il Corso di « Diagnostica delle Malattie tropicali » credo che sia utile riassumere i dati scientifici sulle micosi che destano attivo interessamento scientifico tanto nel campo medico che nel campo chirurgico.*

matismi di legno, di canna o semplicemente di erbe parassitate;

b) alle condizioni biologiche dell'organismo se recettivo o refrattario all'infezione. Successivamente all'inizio dell'infezione si nota nei soggetti recettivi alterazioni specifiche di natura tossica che, seguendo la attrazione trofica, si localizzano nei vari tessuti ed organi.

La porta d'entrata dell'infezione è generalmente la pelle; e parimenti il faringe e le amigdale.

Nelle micosi polmonari il polmone sembra essere colpito per inalazione di polverio contenente il microrganismo.

Nelle micosi intestinali il tubo gastro-enterico è una via di penetrazione non nell'intestino normale ma nell'intestino leso per qualche enterite.

Nelle micosi generalizzate si notano lesioni cutanee, polmonari, gastro-intestinali con sintomi a localizzazione varia.

Essendo noto che il contatto dei funghi e particolarmente delle loro spore è necessario all'infezione micosica è stato supposto che l'inoculazione dei funghi sarebbe possibile per mezzo di alcuni ectoparassiti (zanzare, cimici, zecche) in cui il fungo raggiunge lo stato infettivo.

Biologia dei funghi. — I funghi patogeni possiedono non solo caratteri botanici ma anche caratteri biologici-biochimici per ogni genere.

Gli stessi metodi usati in batteriologia hanno accertato un tal progresso negli studi di micologia che è interessante seguirli:

Le proprietà culturali dei funghi patogeni, la specifica azione fermentativa sugli zuccheri, l'acidità controllabile non solo qualitativamente ma sì anche quantitativamente, la riproduzione sperimentale negli animali recettivi all'infezione micosica permettono una classificazione secondo le varie specie.

Le reazioni umorali provocate dai funghi patogeni possono dare risultati interessanti a scopo diagnostico come nelle infezioni batteriche.

Il siero di sangue degli actinomicosici, degli sporotricosici ha proprietà fissatrici e co-fissatrici; esistono anche reazioni specifiche come la cutireazione alla tubercolina nei tubercolosi, e la cutireazione alla malleina negli ammalati di morva. La intradermoreazione negli *Oidiomicosici* è, secondo il Magalhaes, caratteristica e specifica inoculando sotto cute alcune gocce di filtrato di cultura pura di *Oidium brasiliense* uccisa al calore (56 gradi per un'ora).

Fra i caratteri biologici-biochimici di alto valore scientifico per la classificazione dei funghi patogeni è degna di attento studio la sostanza che dà vario colore ai granuli micosici nell'*Actinomicosi* e nella *Maduromicosi*.

Patologia dei funghi patogeni. — Le tossine micosiche sono capaci di provocare l'istolisi dei tessuti, l'emolisi del sangue, degenerazione delle cellule, necrosi. Da queste alterazioni di natura tossica si origina la gomma micosica.

In una gomma micosica si riscontrano comunemente tre zone: al centro la vegetazione parassitaria con pus formato da polinucleari e macrofagi: nella parte media si nota una zona di cellule epitelioidi con follicoli tubercoloidi e cellule giganti: alla periferia una zona linfoide o linfocitoide.

Le gomme micosiche possono ingrandirsi o fondersi con altre gomme: possono notarsi infiammazioni cellulari, processi sclerotici, iperplasie, degenerazioni oppure possono ulcerarsi e dar luogo ad ascessi e lesioni diverse ed allora la micosi presenta un aspetto clinico speciale.

***

Nel riferire i dati speciali di patologia seguiamo le micosi organiche di alto interesse medico pratico, per la diagnosi clinica ed istopatologica delle lesioni.

Actinomicosi. — Questa infezione è causata da funghi del genere *actinomices* che penetrano nell'organismo per frammenti di cereali, di fieno, ecc.; se l'organismo è recettivo il fungo si sviluppa in tutti i tessuti ed organi.

In questa micosi è caratteristica la patologia del fungo che determina lesioni nodulari duri alla palpazione e che successivamente si fondono e tendono ad aprirsi in tragitti fistolosi dai quali fuoriescono granuli caratteristici di vario colore (neri, rossi, gialli) secondo la sostanza da cui essi sono formati e che permettono la classificazione delle varie specie: *Actinomices*.

Lo studio microscopico del taglio trasversale dei tragitti fistolosi mostra una zona centrale rammollita, globuli rossi, polinucleari; alla periferia si nota una rete connettivale a larghe maglie in cui si riscontrano polinucleari, linfociti, plasmociti, cellule ad uno o più nuclei, cellule giganti disseminate o solitarie.

La diffusione del pus contenente i granuli actinomicosici facilita la diffusione dell'infezione nei tessuti e negli organi dell'organismo recettivo.

Clinicamente si conosce: l'*actinomicosi cervico-facciale, pleuro-pulmonare, addominale, parietale, cutanea, cerebrale.*

Per invasione progressiva dei funghi per via sanguigna o per via linfatica si nota un'*actinomicosi generalizzata.*

Rare volte l'infermo guarisce spontaneamente; ordinariamente esso muore per la grave cachessia.

Blastomicosi. — La etiologia di questa grave infezione permane nel mistero; si è pensato che i funghi che determinano le condizioni patologiche raggruppate nel termine « blastomicosi », si riscontrano in natura sopra alcuni frutti e che gli infermi si sono infettati mangiandoli o attraverso ferite o piaghe; essi invadono l'organismo secondo lo stadio di recettività. Escomel eseguì ricerche sulla trasmissione della *blastomicosi cutanea-mucosa* per mezzo di ospiti trasmissori e nella sua rigorosa monografia conclude, dopo sagge ricerche, che l'ospite trasmissore del blastomicete è un ematofago non alato (zecche od altro) o con ali rudimentali non potendo essere, fino alla soluzione del problema, nè Culex, nè Anopheles, nè Tabanus, nè Simulia.

La blastomicosi determina noduli, ascessi sottocutanei che finiscono per ulcerarsi; l'esame microscopico dei noduli · blastomiceti rivela in sezione trasversale: una zona esterna in cui si notano cellule epitelioidi, leucociti mono e polinucleari, cellule giganti contenenti blastomiceti; una zona interna, contenente gruppi di blastomiceti in proliferazione attiva; al centro si nota uno spazio chiaro che dimostra l'avvenuta distruzione dei tessuti.

FIG. 1. — Blastomicosi cutaneo-mucosa (stadio secondario) da Escomel.

Nella blastomicosi cutanea i blastomiceti determinano lesioni che si riscontrano alla faccia, all'estremità, sono indolenti e rassomigliano al lupus o alla tubercolosi verrucosa.

Nelle sezioni delle parti colpite si osservano ascessi miliari, cellule giganti, granulazioni pseudotubercolari.

Nella *blastomicosi cutanea-mucosa* Escomel riferisce di averla osservata nell'America del Sud (Bolivia, Brasile, Perù) e ritenne che sia frequente nelle regioni tropicali umide con vegetazione abbondante e temperatura uniformemente alta.

Questa infezione presenta al suo inizio un cancro cutaneo periferico nelle regioni scoperte del corpo (antibraccio, gamba, articolazione tibio-tarsica, collo, nuca); lo stadio secondario è caratterizzato da ulcerazioni nella cavità nasale, nella bocca, glottide, esofago, faringe, trachea; il terzo stadio segna mutilazioni del setto nasale, della bocca...; la tosse è frequente, il tono della voce è veramente caratteristico e basta da solo a far diagnosi di *blastomicosi cutaneo-mucosa*. Subentra lo stato cachettico per le tossine provocate dai funghi patogeni.

La *blastomicosi a focolai multipli* presenta noduli che si trovano in profondità, i quali successivamente, per graduale distruzione dei tessuti, raggiungono la superficie dove si ulcerano e sono dolorose.

FIG. 2. — Blastomicosi cutaneo-mucosa (stadio terzo) da Escomel.

La *blastomicosi generalizzata* determina lesioni anatomiche nei vari organi invasi ed all'autopsia si riscontra una *blastomicosi miliare* dei polmoni, della milza, lesioni a carico del tessuto cutaneo, delle grandi articolazioni, delle meningi cerebrali e spinali. Fra i casi di questa infezione si ricorda la *blastomicosi californiana* che ricorda la tubercolosi.

Blastomicosi sperimentale. — Le osservazioni anatomo patologiche e cliniche già riferite trovano ampia conferma nelle ricerche sperimentali.

Dal pus degli ascessi da *blastomicoma* sono state ottenute culture pure dei funghi patogeni; una piccola quantità di questa cultura pura determina per iniezione sottocutanea un *blastomicoma* costituito, quasi esclusivamente dai funghi specifici senza l'intervento del tessuto invaso; questi tumori si ulcerano ed a seconda la resistenza svaniscono in tempo variabile; generalmente si osserva tumefazione dei gangli linfatici prossimiori.

Una notevole quantità di cultura determina una *blastomicosi generalizzata miliare.*

Eseguendo inoculazione per via endoperitoneale, i singoli parassiti passano per le vie linfatiche nel sistema venoso; dai polmoni penetrano nella grande circolazione invadendo, per trofismo elettivo, i vari organi. L'infezione può presentare una marcia acuta o cronica; in quest'ultimo caso si osserva frequentemente la formazione di noduli particolari nei differenti organi; polmoni, fegato, milza, rene, ecc.

Moniliasi-oidiomicosi. — Queste micosi sono particolarmente frequenti nel sistema respiratorio e ricordano clinicamente il corteo sintomatico della tubercolosi.

La *moniliasi* e la *oidiomicosi* presentano un periodo d'incubazione; secondo il Magalhaes l'*oidium* penetra per le amigdale nel sistema linfatico, come lo affermano le linfoadeniti al collo, alla trachea, ai bronchi, al mesenterio che possono assumere proporzioni notevoli; dalla via linfatica il fungo invaderebbe l'organismo per la via sanguigna.

Anatomia patologica. — Nei pochi casi di *oidiomicosi* studiati anatomo-patologicamente dal Magalhaes è stato notato all'esame macroscopico la presenza di abbondante catarro viscido nel'a trachea e di liquido rossastro schiumoso alla sezione dei polmoni. Le sierose della pleura e del peritoneo contengono liquido e possono essere ispessite.

Le lesioni microscopiche sono state studiate fin oggi soltanto nei polmoni; nella *oidiomicosi* gli ifomiceti patogeni sono raggruppati in numerosi focolai attorno i quali si notano globuli rossi, leucociti ed una ricca rete di fibrina; questi focolai non presentano struttura, ma danno l'aspetto di una massa finamente granulare.

Sintomatologia clinica. — Negli ammalati di *moniliasi* e di *oidiomicosi* il dimagramento è notevole, la faccia è pallida, pallide sono tutte le mucose visibili; all'esame ematologico si nota diminuzione dei globuli rossi e di emoglobina.

L'infezione può decorrere in modo acuto ed in modo cronico; i fenomeni congestizi dominano sempre la scena. La febbre è irregolare, da temperature elevate può discendere a 36° ctgr.

L'attenzione maggiore è richiamata dall'apparato respiratorio; dolore all'emitorace, dispnea, rantoli crepitanti, soffio bronchiale, sfregamenti pleurici. L'espettorazione nella massima parte dei casi è abbondante con sputi emottoici, si nota sierosite che può colpire una o tutte le sierose; nel liquido prelevato si nota il fungo patogeno.

Il fegato è dolente e non raramente deborda dall'arco costale; la milza nella maggior parte dei casi non si palpa.

Si nota anoressia, talvolta anche diarrea. Le urine possono contenere albumina, e ciò è sempre di prognosi grave.

La forma cronica dell'*oidiomicosi* terminale è la cachessia con edemi, diarrea, cianosi, lesioni trofiche, marasma.

FIG. 3. — Micetoma del piede da Castellani.

Maduromycose (micetoma). — Questa infezione si riscontra frequentemente nel piede (*piede di Madura*) o in qualsiasi altra parte del corpo.

Essa è causata da funghi dei generi *Ascomices* e *hyphomices* i quali penetrano nel tessuto sottocutaneo o per spine o per altre cause traumatizzanti. Al suo inizio questa infezione è caratterizzata da una nodosità micosica che man mano si ingrandisce; nel suo interno per azione tossica del

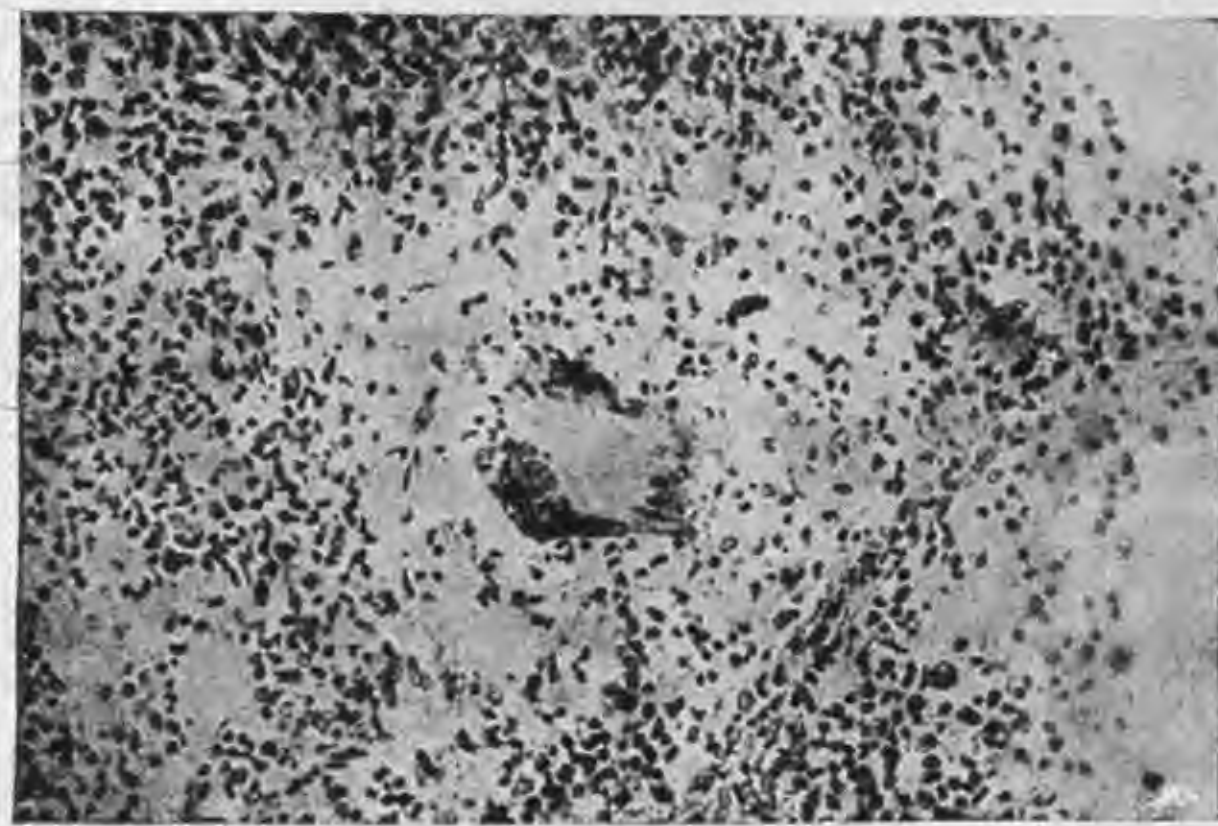



FIG. 4. — Istologia Micetoma del piede da Douglas.

fungo avviene distruzione cellulare e verso la superficie esterna si formano tragitti fistolosi dai quali fuoriesce un pus oleoso dovuto alla distruzione dei tessuti; unitamente al pus si notano anche granuli micosici di colore specifico (nero, rosso, giallo) della specie parassita. In un tempo successivo si formano altre simili nodosità e l'infermo muore per cachessia di natura tossica.

L'esame istopatologico del focolaio infetto mostra un granulo micosico circondato da materia amorfa; più all'esterno si nota infiltrazione di

polimorfonucleari, le pareti sono formate da tessuto connettivo giovane, da plasma cellule, occasionalmente da cellule giganti; si nota pure una marcata proliferazione di vasi sanguigni.

La peculiarità della patologia del micetoma si è la scarsa reazione dei tessuti invasi contro l'invasione del fungo, e la completa assenza di riparazione (Castellani).

Sporotricosi. — Questa micosi è determinata da funghi appartenenti al *genere sporotricum* (Link, 1809) di cui si conoscono differenti specie già descritte nell'uomo in diverse regioni.

Accurati studi sono stati eseguiti sulla morfologia, sulla biologia, biochimica, istopatologia, clinica delle varie specie che presentano caratteri simili a *sporotricum beurmanni* e le infezioni delle differenti specie si raggruppano con l'unica denominazione di *sporotricosi*.

FIG. 5. — Sporotricosi
Dott. C. Picado.

Il *genere sporotricum* segrega tossine multiple e varie e può assumere aspetti clinici innumerevoli e polimorfi: si notano lesioni acute e croniche, (localizzazioni dermiche, ipodermiche, articolari, pulmonari, viscerali). La iniziale localizzazione conosciuta come cancro sporotricosico è seguita da linfoangioite ascendente. Nei tessuti lo *sporotricum* provoca lesioni nodulari o gomme che presentano tre zone concentriche, infiltrati diffusi,- reazioni infiammatorie, degenerazioni multiple, sclerosi, iperplasia; tutti i dati dei processi istologici conosciuti.

Le reazioni sono polimorfe ed il solo modo di conoscerle è di trovare l'agente patogeno ed ottenerne la cultura.

Diagnosi delle micosi organiche. — La diagnosi delle micosi organiche si basa sui dati microbiologici del germe, sulle reazioni specifiche, sui dati clinici ed istopatologici, sulle inoculazioni sperimentali.

La diagnosi differenziale della *actinomicosi* si impone colla tubercolosi, la sifilide, la scrofolosi, i tumori maligni, gli altri micetomi.

La diagnosi differenziale della *blastomicosi cutanea-mucosa* si impone con il *pian* (quando i bottoni sono multipli, esuberanti), con la *framboesia*, con il *lupus* e la *lebra*; una semplice biopsia separa l'una dall'altra queste gravi infezioni.

La diagnosi di *Moniliasi* si impone colla tubercolosi; l'agglutinazione con filtrati di cultura pura di *Oidium* ne accerta la natura Oidiomicetica.

La diagnosi di *sporotricosi* si impone con la *sifilide terziaria* (*gomme*), con la tubercolosi sottocutanea, con l'ascesso freddo tubercolare, con i fibrolipomi sottocutanei. La diagnosi etiologica può farsi con la sporo-agglutinazione di Widal-Abrami; il siero di sporotricosici può agglutinare le spore del fungo patogeno fino alla diluizione 1/50, praticamente alla diluizione 1/200 e 1/500.

L'oftalmo e la cuti-reazione chiariscono la natura *tubercolare*, la reazione di Wassermann, la natura *sifilitica*.

Terapia delle micosi. — In tutte le micosi quando interessano il medico la cura è con la somministrazione di ioduro di potassio e con l'iniezioni iodo-iodurate si può tentare il salvarsan.

Quando le micosi interessano il campo chirurgico se l'area localizzata è limitata allora può essere rimossa col grattamento o con l'escissione, ma se l'area colpita è larga è necessario un radicale intervento.

COMMENTI.

La carta-seta.

La nota del prof. Taddei sull'uso della carta-pergamena in chirurgia, pubblicata nel fasc. 12 di questo Giornale, è certamente ispirata da un giusto senso di opportunità, non solo per quanto può riguardare i servizi chirurgici specializzati, ma specialmente per l'utilità generale che può risultare dalla diffusione, anche fuori degli ambienti strettamente tecnici, di alcune pratiche semplici e di larga applicazione, già sanzionate dall'esperienza.

Sulle superficie granuleggianti, come sugli innesti dermo-epidermici, dove l'aderenza della garza può essere decisamente dannosa, o, quanto meno, rendere malagevoli e dolorose le medicazioni, la carta-pergamena — in altre applicazioni anche da noi largamente usata — non mi ha dato i migliori risultati, perchè troppo rigida, e quindi poco maneggevole, e talvolta mal tollerata.

La comune guttaperca laminata si presterebbe meglio; ma non può essere sterilizzata, ed è, quindi, da escludersi per tale uso.

Un materiale che mi dà, invece, da molto tempo risultati veramente ottimi è la cosidetta carta-seta: una sostanza perfettamente liscia ed impermeabile, in fogli sottilissimi, che si può sterilizzare con tutta sicurezza mediante la ebollizione, anche prolungata.

Se ne tagliano, caso per caso, dei pezzi di misura adatta; vi si praticano alcuni fori per dar esito alla secrezione delle piaghe, e si fa bollire, possibilmente senza piegarla. Se occorre far bollire più fogli contemporaneamente, si intercala fra l'uno e l'altro una compressa di garza, per evitare che i singoli fogli aderiscano tra loro, e per renderne, quindi, più facile l'uso.

Sulla piaga — eventualmente prima irrigata con soluzione fisiologica, o con una tenue soluzione borica, e poi leggermente asciugata con garza — si versa un po' di vaselina previamente bollita, e successivamente portata, nella stessa capsula di porcellana, a temperatura conveniente; sopra questo velo di vaselina si distende esattamente la carta-seta, già preparata e sterilizzata come si è detto. Si sovrappone poi il comune materiale di medicazione.

Con questo mezzo i processi di guarigione vengono sensibilmente favoriti ed accelerati; e le medicazioni possono essere eseguite senza che i pazienti, anche i più sensibili, accusino la minima sofferenza.

Prof. dott. G. FRATTIN
Chirurgo e Docente in Modena.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Il valore dell'esame del liquido cerebro-spinale.

(J. GODWINN GREENFIELD. *The Practitioner*, febbraio 1926).

L'esame del liquido cerebro-spinale è indicato, secondo l'A., nei seguenti 3 gruppi di casi:

1) In tutti i casi con sintomi di irritazione meningea e nella maggioranza dei coma, anche allorquando la causa ne appare evidente;

2) In tutte le affezioni cerebrali e spinali acute e subacute nelle quali i sintomi si sono stabiliti nel corso di pochi giorni o settimane;

3) Nella maggior parte delle malattie nervose croniche, allorquando un esame del liquor può, ad esempio, fare ammettere od escludere la neurosifilide.

Quanto alla convenienza di praticare la puntura lombare oppure quella sottooccipitale, bisognerà in primo luogo considerare l'abilità dell'operatore, richiedendo la seconda maggiori accorgimenti. La prima è in ogni modo ottima nella maggior parte dei casi e molto meno pericolosa.

Nei casi invece in cui non esiste comunicazione tra il liquido cerebrale e quello spinale, come può avvenire nelle meningiti bloccate, in molti tumori spinali e in malattie delle vertebre, si dovrà ricorrere forzatamente alla seconda.

Dal punto di vista della tecnica non sarà mai abbastanza raccomandato di seguire con apposito apparecchio manometrico l'andamento della pressione del liquor, interrompendo, ad esempio, il deflusso tutte le volte che la pressione è ridotta a 3/4 dell'iniziale. L'uso del manometro deve essere però sottoposto a precauzioni rigorose di asepsi per evitare infezioni meningee. In ogni modo, si adoperi o no il manometro, il liquido sarà fatto sempre uscire lentamente, adoperando a tal fine degli aghi a sezione molto sottile.

La quantità di liquido da ottenere è di circa 10 cmc., suddivisi in due tubi, di cui uno da conservarsi a riposo e a temperatura ambiente per l'eventuale formazione del reticolo, e l'altro per le ricerche usuali.

Da un primo esame macroscopico si potrà già trarre qualche giudizio diagnostico. Se, per esempio, il liquido fuoriesce ematico si osserverà se la porzione superiore, sedimentato il sangue, resta limpida od opalescente. In questo secondo caso si dovrà ritenere che l'emorragia data da qualche tempo prima che la puntura fosse eseguita, mentre nel primo caso si penserà ad un'emorragia accidentale provocata dall'ago. Tutto ciò è importante per la diagnosi delle cosidette emorragie subaracnoidee spontanee, che si presentano con sintomi analoghi a quelli delle meningiti, tanto da essere chiamate « meningiti emorragiche ».

Liquidi limpidi formanti un coagulo fine si incontrano in parecchi casi precoci di meningite, specie nella tubercolare, nella luetica grave ed anche nella poliomielite e polioencefalite.

Liquidi purulenti e torbidi parlano per una meningite o un ascesso, ma non danno indicazioni precise sull'estensione della prima, cioè se localizzata o generalizzata, nè sull'ubicazione della seconda, cioè se extradurale o intracerebrale.

Un liquido limpido, ma a riflessi giallastri, può essere dovuto tanto ad un tumore quanto ad una trombosi, o ad una emorragia di vecchia data. Anche nella meningite il liquido della prima puntura può essere giallastro, ma allora si troverà in pari tempo un notevole aumento delle proteine.

Il colore giallastro, cioè la xantocromia, unito ad una coagulazione massiva del liquor è proprio della « sindrome di Froin », descritta in casi di tumori spinali, di mieliti luetiche, di mieliti trasverse, di morbo di Pott, di aneurismi dell'aorta discendente, e in qualche forma di polinevrite acuta con paraplegia.

Per la valutazione quantitativa delle globuline il metodo più conveniente è quello di Pandy (si fa cadere una goccia di liquor in un tubo contenente una piccola quantità di soluzione fenica all'1:15). Con tale metodo, come pure con l'ebul-

lizione, i liquidi normali non danno opalescenza apprezzabile.

Una ricerca importante è quella delle sostanze riducenti il Fehling (bollire 20 gocce di liquor con 5 gocce di soluzione di Fehling). Anche normalmente si assiste in tal modo alla formazione di un precipitato rosso. Le variazioni di tale precipitato hanno il massimo valore per decidere se un aumento di torbidezza del liquor di meningitici trattati con la sieroterapia è dovuto ad un peggioramento della malattia oppure a fatti anafilattici. In questo secondo caso il glucosio sarà abbondantissimo, mentre nel primo sarà assai scarso o addirittura assente.

I cloruri si aggirano intorno al 0,72-0,75 %, ma nella meningite sono diminuiti, nell'uremia aumentati. Una diminuzione al disotto del 0,68 % rappresenta il miglior criterio d'infausta prognosi nelle meningiti.

La citologia del liquor occupa un posto assai importante, ma è necessario studiarla rapidamente dopo l'estrazione, poichè gli elementi cellulari abnormi hanno grande tendenza a disfarsi e a scomparire. La coltura è consigliabile in tutti i casi di meningite sospetta e quando il liquor è torbido.

La determinazione quantitativa delle proteine può riuscir utile allorquando la Pandy positiva ne ha svelato l'aumento. Una quantità al disopra del 0,5 % indica bloccaggio spinale subaracnoideo, e non può trovarsi che in rari casi di tumore della cauda equina, o di polineurite sciatica.

La Wassermann può riuscir positiva anche senza aumento delle cellule e delle proteine, come accade talora nella tabe e nella sifilide ereditaria. Le reazioni colloidali sono invece meno importanti; possono talora essere di ausilio diagnostico nell'encefalite letargica e nella polioencefalite e fors'anche negli stadi acuti della sclerosi disseminata.

La neurosifilide può esser riconosciuta bene per mezzo dell'aumento delle cellule e delle proteine, unito alla Wassermann positiva.

Un eccesso di proteina isolato parla per una lesione meccanica del midollo, come, ad esempio, per tumore, indirizzando tempestivamente verso il trattamento chirurgico. M. FABERI.

PATOLOGIA.

Le tossiemie e la pelle.

(GUILLAUME, *Bulletin Médical*, 1926, n. 7).

Le reazioni cutaneo-mucose nei malati d'affezioni intestinali con tossiemia e bacillemia dimostrano il compito attivo e passivo che ha il rivestimento cutaneo e mucoso nei processi d'intossicazione, compito che forse ha un significato di difesa dell'organismo.

È ben nota l'importanza dell'intestino nella genesi di lesioni cutanee a tipo d'eczema o d'acne: queste lesioni compaiono in coincidenza con disturbi gastro-intestinali con effetti tossiemici. I farmaci e la dieta che riducono la putrefazione e provocano l'evacuazione dell'intestino determinano, se non l'immediata scomparsa, un rapido miglioramento dell'eczema e dell'acne. Altre eruzioni come l'herpes cutaneo, i foruncoli, alcuni eritemi, come alcune manifestazioni della mucosa boccale e rino-faringea, presentano gli stessi rapporti con disturbi gastro-intestinali.

Alcuni fatti relativi a queste manifestazioni cutaneo-mucose concomitanti con gli stati tossici e tossi-infettivi intestinali hanno il loro significato e la loro importanza pratica: 1) Un trattamento esclusivamente esterno, locale, può far migliorare le lesioni, ma è raro che dia effetti notevoli e duraturi; 2) Viceversa quando si agisce direttamente sul punto di partenza dell'intossicazione si può avere la guarigione completa e rapida della lesione cutanea, anche senz'agire direttamente e per via esterna sulla lesione stessa.

L'eruzione eritematosa e l'orticaria che accompagnano alcune intossicazioni acute, medicamentose o alimentari, sono i segni più apparenti dell'intossicazione. Queste eruzioni si verificano in soggetti predisposti, il cui sistema endocrino-simpatico è manifestamente disordinato o che presentano la diatesi anafilattica. La cura di queste condizioni si può praticare seguendo due metodi farmodinamicamente differenti: 1) trattamento che agisce sul mezzo umorale e consistente in un meccanismo colloidale (autoemoterapia, autosieroterapia, disensibilizzazione); 2) trattamento che agisce sul sistema endocrino-simpatico ristabilendo l'equilibrio temporaneamente (alcaloidi simpatotropi e vagotropi) o durevolmente (prodotti opoterapici).

I fatti che si verificano nelle scottature estese dimostrano che la cute ha una funzione di protezione oltre che di rivestimento. Numerose osservazioni ed esperienze hanno oramai dimostrato che le alterazioni renali e gastro-enteriche e la prognosi così infausta delle scottature estese non sono dovute all'assorbimento dei prodotti derivanti dalla disintegrazione di tessuti, ma dalla soppressione o meglio dalla riduzione della funzione antitossica cutanea o mucosa.

La funzione protettiva della cute è messa in evidenza dal comportamento della sifilide. È ben noto che la sifilide nelle razze non ancora civilizzate dà prevalentemente manifestazioni cutaneo-mucose, mentre nelle razze civili queste ultime sono attualmente scarse mentre sono divenute più frequenti e più gravi le manifestazioni nervose. Questo dato di fatto incontrovertibile si è voluto spiegare con le modificazioni del metodo e del regime di vita verificatosi nelle razze bianche, o

ammettendo addirittura che un nuovo agente della sifilide abbia sostituito quello che precedentemente attaccava la razza bianca e che tuttora attacca la razza negra. Si è parlato di sifilide dermatropa e neurotropa. La verità è che le manifestazioni cutaneo-mucose hanno ceduto il posto a quelle nervose dopo che sono stati largamente adoperati i metodi di trattamento specifico precoci ed energici, che adoperati subito dopo la comparsa dell'ulcera arrestano e fanno regredire rapidamente tutte le lesioni cutanee e mucose provocate dal virus sifilitico. Il corollario che si può derivare da queste considerazioni è che la pelle, organo di difesa contro la tossi-infezione spirochetica, lotta per l'immunità dell'organismo a mezzo di un'eruzione cutaneo-mucosa (roseola e placche), e che un trattamento attivo, iniziato prima che questa manifestazione immunitaria e difensiva della cute abbia potuto effettuare il suo ciclo normale, ostacola questa reazione difensiva e contribuisce così allo sviluppo delle successive lesioni nervose.

La cutireazione, le reazioni cutanee prodotte da punture d'insetti o di vegetali pare siano anche esse manifestazioni del processo difensivo immunitario di cui la pelle è uno degli organi.

I lavori di Von Pirquet sulla cutireazione vaccinica sperimentale dimostrano che dopo la inoculazione ed immunizzazione vaccinica una nuova immediata inoculazione non dà alcuna reazione cutanea, e che invece una nuova inoculazione a distanza provoca la formazione rapida di grosse pustole. Ciò prova che l'immunità dell'organismo è accompagnata da immunità della pelle, e che questa al riguardo non ha una parte esclusivamente passiva.

La reazione di Schick nella difterite, la reazione di Dick nella streptococcemia, la cutireazione ed introdermoreazione nella tubercolosi e nella morva dimostrano che nei soggetti affetti da dette infezioni la pelle reagisce attivamente.

La pelle non è solo la testimone della immunità, ma, quel che è più, la sede dei processi di difesa che conducono alla neutralizzazione dell'effetto nocivo della tossina inoculata.

Sanarelli e Besredka hanno dimostrato che il bacillo del carbonchio ha per la pelle un tropismo esclusivo e che se in una cavia si evita l'infezione della pelle introducendo direttamente il bacillo nel sangue o nelle sierose, la cavia non contrae la malattia, che invece è incontratta inevitabilmente se viene infettata la pelle.

Besredka continuando i suoi studi ha potuto ottenere un'immunità esclusiva della pelle contro il carbonchio, immunità che non è accompagnata da immunità generale dell'organismo.

L'esperienza è stata estesa con il medesimo risultato alla piorrea alveolare, all'ozena, alla blenorragia, alla difterite aviaria, provocando un'immunità locale delle mucose comunemente colpite da dette infezioni.

Adunque nella pelle e nelle mucose si può ottenere uno stato d'immunizzazione che ne aumenta considerevolmente il potere di difesa contro le infezioni esogene. Questa immunizzazione cutanea pare non s'accompagni ad immunizzazione generale dell'organismo e se la cutivaccinazione determina la protezione dell'organismo gli è perchè la immunità conferita alla pelle non si limita al solo punto inoculato ma si estende a tutto il rivestimento cutaneo-mucoso. Così la difesa dell'organismo contro alcune infezioni esogene non è ottenuta da modificazioni umorali, ma dal fatto che gli umori ed i tessuti sono rivestiti da un organo attivo di difesa.

D'altra parte i fatti clinici e sperimentali provano che il rivestimento cutaneo-mucoso come organo di difesa dell'organismo si comporta in modo analogo in confronto delle varie tossi-infezioni endogene, nel senso che esso tende a distruggere o neutralizzare i prodotti morbosi.

È ben noto che le tossi-infezioni eruttive decorrono più gravemente quando l'eruzione manca o abortisce, e che le tossi-infezioni che colpiscono improvvisamente e fortemente l'organismo o che colpiscono un organismo la cui resistenza vitale è ridotta da una complicazione, le manifestazioni cutanee sono assenti o ridotte.

Inoltre negli individui deboli le reazioni cutanee alle tossi-infezioni sembrano essere leggere, mentre invece appaiono energiche ed estese negli individui resistenti.

Infine cause intercorrenti che diminuiscono la resistenza dell'organismo fanno bruscamente scomparire l'eruzione cutanea.

Tutte queste constatazioni hanno un riflesso nella sapienza popolare. In fatto di affezioni eruttive il volgo ne sa già abbastanza e certo hanno una reale giustificazione patogenetica e clinica le frasi: bisogna far sfogare la malattia; non bisogna far rientrare il male; il male è diventato più grave perchè lo sfogo è rientrato.

In conclusione è sicuro che in numerose condizioni morbose la comparsa di alterazioni cutanee è la conseguenza diretta, la risultante d'un processo tossico che ha colpito i mezzi umorali; e che queste manifestazioni cutanee non sono processi isolati e principalmente cutanei, ma segni d'un processo generale che domina l'organismo: esse costituiscono una delle localizzazioni della perturbazione generale dell'organismo. D'altra parte le manifestazioni stesse sono l'espressione d'una funzione attiva di difesa dell'organismo da parte della pelle, che provvede così alla

distruzione, alla neutralizzazione o all'eliminazione dei prodotti tossici e tossinici.

È probabile che per questa funzione protettrice la cute sia associata con il sistema endocrino. Al riguardo si può ricordare la teoria di Bruno Bloch sull'origine del pigmento melanico e sulle condizioni del suo deposito sulla cute e sulle mucose. La distruzione e la trasformazione del pro pigmento negli strati profondi dell'epidermide anche a mezzo di ossidasi, ed i rapporti esistenti tra questa fissazione del pigmento, i processi tossici e la funzione della corteccia surrenale, dimostrano i rapporti tra pelle e certe glandole endocrine.

Tra le glandole endocrine ed il sistema cutaneomucoso sono gli umori, nei quali si verificano essenzialmente le reazioni tossiche, tra le quali bisogna fare una parte preponderante dell'anafilassi, che si ricollega al disquilibrio colloidale, ai fenomeni di flocculazione dei colloidi degli umori.

Non è dubbio che le funzioni antitossiche della pelle siano in rapporto con lo stato colloidale degli umori. In effetti le cure antianafilattiche e quelle, come l'autoemoterapia, che agiscono sull'ambiente umorale producono spesso la guarigione o il miglioramento di affezioni cutanee (eczema, acne, orticaria) e di affezioni mucose (asma, febbre da fieno, rinofaringiti).

Nè deve meravigliare che la funzione protettrice della pelle si estrinsechi nella maggioranza dei casi con la produzione di fatti patologici e nocivi. Al riguardo non è inopportuno ricordare l'esempio della febbre, che non deve essere considerato come un fatto esclusivamente nocivo, ma anche come la prova che l'organismo lotta e si difende, come un processo che non sempre conviene ostacolare con i medicamenti.

Una tale concezione della funzione fisiologica e fisiopatologica del sistema cutaneo-mucoso suggerisce alcune ipotesi in merito all'azione di certe pratiche terapeutiche. Le doccie, i massaggi, i bagni, le frizioni riuscirebbero vantaggiose in quanto stimolano le funzioni di difesa della pelle. Così l'actinoterapia si presta a considerazioni analoghe. I raggi ultra-violetti hanno effetti generali anche quando l'irradiazione è fatta su di una superficie cutanea molto limitata. Ciò non si può spiegare se non ammettendo che i raggi ultra-violetti agiscono modificando le funzioni attive di difesa della pelle. Questa ipotesi è resa ancora più verisimile dal fatto che gli olii irradiati ed aventi perciò un potere antirachitico riescono attivi quando sono assorbiti attraverso una mucosa, e sono invece inattivi quando sono iniettati direttamente negli umori.

DR.

TERAPIA.

La diatermia nel trattamento della blenorragia della donna.

(P. J. VAN PUTTE. *Nederlansch Tijdschrift v. Geneeskunde*, 30 gennaio 1926).

Il trattamento della blenorragia femminile (ed anche maschile) è uno dei compiti più scabrosi del medico; lo stesso numero dei metodi proposti indica la scarsa loro efficacia. Accanto alla terapia locale antisettica, trova posto ora da qualche tempo una terapia locale non antisettica, la diatermia che, certamente, dà nella gonorrea cronica dei risultati veramente sorprendenti. Non è da ritenersi però che essa sia assolutamente infallibile in quanto che l'A., fra le diecine di casi da lui curati con la diatermia ha avuto un insuccesso. Si trattava di un uomo che da 5 mesi aveva uretrite gonococcica con prostatite e funicolite nonostante i più energici trattamenti da parte degli specialisti. In esso il trattamento diatermico si mostrò inefficace, mentre si potè avere la guarigione in 4 giorni mediante un autovaccino associato alla diatermia ad alte dosi (36 ore in 4 giorni).

L'infezione gonococcica della donna, dal punto di vista pratico, è più facilmente accessibile che quella dell'uomo, grazie la conformazione del tratto genitale. Nell'uomo si devono trattare successivamente l'uretra anteriore, la posteriore, la prostata e, spesso, anche il funicolo spermatico e l'epididimo, si deve cambiare continuamente la posizione degli elettrodi, mentre invece nella donna si possono influenzare tutti i tessuti infetti mediante l'applicazione di un elettrode vaginale fino al fornice posteriore (eventualmente nel retto) ed applicando l'altro sull'addome o sui fianchi. In una sola seduta si può in tal modo trattare tutto l'apparato genitale e la vescica. In tal modo, l'A. ha potuto, con 5 ore di trattamento in un solo giorno, guarire clinicamente e batteriologicamente una diecina di donne le quali, nonostante i più svariati trattamenti durati mesi e mesi continuavano ad avere perdite di pus dalla cervice uterina. Una sola volta fu necessario ripetere la seduta perchè la secrezione era ricomparsa dopo qualche giorno.

Successivamente l'A. ha modificato la sua tecnica nel senso di non praticare una sola seduta, ma diverse di minor durata e cioè: due ore il primo giorno ed un'ora per altri tre giorni. Durante il trattamento la paziente fa delle irrigazioni con un leggero astringente per cui si può usare indifferentemente il permanganato di potassio, il solfato di rame o l'allume; l'importante si è che la soluzione non sia troppo concentrata

Già dopo un giorno, al mattino prima dell'irrigazione, manca qualsiasi secrezione patologica e, nonostante le più accurate ricerche, non si trovano più gonococchi. Limitando però il trattamento a sole due ore, accade che i gonococchi, dopo un certo tempo, possono ricomparire; per questo è necessario assodare la guarigione con i successivi trattamenti per mezzo dei quali la paziente guarisce rapidamente.

Certamente vi sono dei casi in cui la guarigione definitiva può ottenersi con una sola seduta di due ore. Ma è più saggio attenersi alla regola data di irradiare in parecchie sedute.

L'elettrodo vaginale che l'A. usa per questa applicazione è in rame nichelato, lungo 18 cm., largo 2,6 e dello spessore di cm. 1,2. Gli angoli e la estremità che arriva sino al fornice devono essere accuratamente arrotondati. L'elettrodo da applicarsi all'addome o sui fianchi è in piombo, lungo cm. 35, largo 20 e dello spessore di 1 mm. Accade talvolta che la donna accusi dolore alla spina iliaca anteriore superiore; in tal caso si può mettere un poco di cotone asciutto sull'elettrodo di piombo e praticarvi un'apertura; il più delle volte però questo non è necessario.

Con un buon apparecchio non vi è da temere nulla per un'eventuale iontoforesi dall'elettrodo di piombo; le ricerche fatte in questo senso dall'A. sono sempre rimaste negative, nè egli potè mai scoprire il minimo fenomeno d'intossicazione da piombo.

L'intensità della corrente in queste applicazioni non deve superare 1,5 ampère; in tal modo si può ottenere con l'elettrodo vaginale una temperatura di 40°, che è sufficiente per avere l'effetto desiderato.

Si crede generalmente che i gonococchi possano in tali circostanze venire uccisi direttamente dal calore, ma tale opinione si basa sopra un malinteso, e cioè sulle osservazioni fatte in vitro di colture di gonococchi che muoiono rapidamente con l'esposizione a 38°. Si è ritenuto quindi che, anche in vivo potesse accadere lo stesso. Si è arrivati persino a precisare i minuti in cui il gonococco muore; dopo 10 ore a 39°, dopo ore 3 e 15'' a 41°, dopo ore 1 e 57'' a 42°, dopo 37'' a 45°. Con i nuovi mezzi di coltura e con la reazione perfettamente aggiustata ad una conveniente concentrazione di H-joni, si è veduto invece che il gonococco vive bene per 5 giorni a 39°, che a 45° la maggior parte degli stipiti si conservano vivi anche dopo 6 ore; tutto questo purchè sia impedita l'evaporazione dell'acqua di condensazione, sia mantenuta costante la concentrazione di H-joni, ecc.

È un fatto però che molti clinici hanno osservato l'influenza favorevole del caldo per la guarigione della gonorrea. Ma come si spiega che con la diatermia, tenendo i tessuti a 40° per 5 ore si abbia la guarigione della gonorrea, mentre il gonococco in vitro sopporta per 6 ore anche 45° e 41°,5 per diversi giorni? Si deve dunque ammettere che il caldo agisca non già direttamente, ma indirettamente; il riscaldamento dei tessuti infiammati è la causa per cui si ha un aumento nella produzione di sostanze protettive le quali agiscono a loro volta sui gonococchi.

Che in un primo attacco di gonorrea, subito dopo l'infezione, la diatermia giovi meno, lo si comprende tenendo presente che le cellule dell'organismo non si trovano ancora nel periodo in cui lo stimolo della diatermia possa esercitare un'azione manifesta in modo da provocare rapidamente la morte dei gonococchi. Del resto, anche la fissazione del complemento nella gonorrea si ha soltanto dopo una settimana dall'avvenuta infezione.

In realtà però l'A. ha veduto, con le consuete dosi della diatermia, guarire immediatamente una gonorrea acuta in un paziente, il quale sei mesi prima aveva avuto un'altra infezione gonococcica ed era stato rilasciato come perfettamente guarito (ed a ragione) da uno specialista. Permane però in tal caso il dubbio se, per la pregressa gonorrea, l'organismo si trovasse in stato da reagire allo stimolo della diatermia e da uccidere più rapidamente i gonococchi; ciò può essere verisimile in quanto che è noto che la reazione di fissazione del complemento permane anche sei mesi dopo la guarigione, il che dimostra che, anche dopo tal tempo, l'organismo continua ad elaborare sostanze protettive.

Si può dunque in complesso ritenere che, con l'applicazione della diatermia sia ormai sorpassato il noto aforisma di Ricord: « On sait quand une chaudepisse commence; Dieu seul sait quand elle finira ».

Associato alla diatermia può essere di valore inestimabile l'introduzione parenterale dell'auto vaccino. Forse è anche possibile mediante questo provocare, pochi giorni dopo l'infezione, la formazione di sostanze protettrici e portare quindi a « maturazione » la gonorrea in modo da rendere possibile il trattamento diatermico.

Per quanto riguarda la gonorrea femminile, è bene tener presente la necessità che l'esito del trattamento venga controllato da un abile ginecologo.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

SANTE DE SANCTIS. *Neuropsichiatria Infantile*. Volume di 995 pagine e numerose illustrazioni. Editore Stock, Roma. Prezzo L. 140.

Il *Policlinico* ha pubblicato l'indice delle materie di questo libro, ed i lettori pertanto si son potuti già render conto della sua importanza. Nella prefazione il De Sanctis afferma che questo volume non è un trattato. Ma quali che siano gli apprezzamenti modesti e le intenzioni dell'autore, è certo che si tratta d'un'opera istituzionale, che colma un gran vuoto della letteratura neuropsichiatrica. Si tratta di una lacuna che era avvertita in quest'ultimi anni non solo in Italia ma anche fuori. In effetti non può essere considerata una mera coincidenza che l'argomento trattato dal De Sanctis ha costituito materia di monografie e di libri che sono stati contemporaneamente pubblicati in Germania ed in America.

I comuni libri di patologia del sistema nervoso trattano poco profondamente la neuropsichiatria infantile, vi dedicano qualche capitolo, e generalmente l'argomento viene considerato alla stessa stregua della neuropsichiatria degli adulti. Tendenza questa che mentre ha apportato errori dottrinali, è stata causa di disorientamento nel campo della pratica terapeutica. Se la pediatria ha meritato di distinguersi nettamente dalla medicina interna, a più forte ragione deve differenziarsi e staccarsi come ramo autonomo la pedopsichiatria. Questa ha materia di studio, metodi d'indagine, finalità pratiche tutte sue proprie. Le affezioni mentali e nervose dell'infanzia richiedono altri doveri terapeutici, e particolarmente sistemi di educazione speciale. Le anomalie originarie, i disturbi dipendenti da malattie croniche del cervello hanno caratteri clinici particolari e riflessi sociali enormi. Da ciò la necessità di uno studio speciale e di adeguati apprestamenti educativi.

Il De Sanctis ha dedicato a quest'opera di cura e di redenzione ventisei anni della sua intelligente attività. Opera svolta modestamente con mente di scienziato coscienzioso, con cuore di apostolo tenace. Il libro che egli ha preparato riassume un così lungo lavoro e costituisce un'altra buon'azione. Costituisce esso in effetti un incitamento ed una guida per questi studi, l'impostamento d'un grave problema sociale.

Per noi italiani la pubblicazione di questo libro costituisce un legittimo motivo di compiacimento, perchè, come giustamente ha rilevato il Morselli, il libro dell'insigne psichiatra romano fa onore alla scienza italiana.

G. DRAGOTTI.

A. MURRI. *Maurizio Bufalini*. Nel cinquantenario della sua morte. (N. 38 delle « Attualità Scientifiche »), 1 op. di pag. 30. Bologna, Nicola Zanichelli editore. Prezzo L. 5.

Con quella perizia magistrale cui il Murri ci ha da lungo abituati, egli penetra addentro nel pensiero del clinico cesenate e dimostra il valore educativo che gli si deve riconoscere nel limitare le deviazioni e i pervertimenti delle dottrine imperanti ai suoi tempi. La biografia scritta dal Murri è un vero gioiello.

R. B.

Dott. UGO VIVIANI. *Panciuti, Grassi ed Obesi nell'Arte, nella Storia, nella Letteratura*. Un vol. in-8° gr. di pag. 171, con 2 tavole e 51 incisioni. Arezzo, 1926, presso l'A. Prezzo L. 10.

Come medico, come grasso e come studioso, l'A. ha voluto raccogliere, in questo libro di amena lettura, il fior fiore di quanto in celia o in serio, nella storia, nella letteratura e nell'arte, è stato consegnato sugli obesi: lieta imbandigione di noterelle e di notizie.

Ecco il contenuto dei principali capitoli: i grassi nella storia, i grassi nell'arte, i grassi nella letteratura, i grassi nella letteratura medica, i grassi nei vocabolari e nei proverbi, cure strane dell'obesità.

R. B.

Dott. ALFREDO MASONI. *Le frutta nella alimentazione e nella terapia*. Un vol. in-16° di pag. 207. Milano, U. Hoepli editore, 1925. Prezzo L. 8.50.

In questo manuale l'A. ha raccolto una ingente quantità di dati scientifici, notizie storiche, risultanze pratiche sperimentali e consigli suggeriti da tecnici e da medici sulle frutta. Gli elementi suddetti sono vagliati con cura.

Un capitolo generale tratta delle frutta come alimento; segue una parte speciale, ove sono presi in esame un centinaio tra frutta e legumi o verdure consumati come frutta, nonchè i prodotti derivati (conserve, marmellate, gelatine, canditi, creme, rosoli, bevande alcooliche, ecc.), ed i regimi frugivori; l'A. fornisce anche dati sul calendario delle frutta e sulle località di maggiore e migliore produzione di frutta e di specialità derivate da esse.

Il lavoro sarà letto e consultato con interesse dai medici e non medici.

R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 2 settembre 1925.

Presidenza: Prof. PIERI, presidente.

I mezzi strumentali di indagine in cardiologia e la terapia cardiaca.

Dott. A. SPANIO. — Conferenza non adatta ad essere riassunta in un resoconto.

Anomalie di differenziazione regionale del rachide e loro verificazione clinica.

Dott. M. LAPENNA. — L'O. illustra brevemente 3 casi di vizî di differenziazione rachidea, presentando i relativi radiogrammi.

Nel primo di questi si trattava di una dorsalizzazione della I vertebra lombare con due costole soprannumerarie bilateralmente bene sviluppate. La paziente presentava dolori a cintura lungo le doccie paravertebrali, dolori dovuti probabilmente a compressione della I radice lombare determinata dalle costole soprannumerarie.

Gli altri due casi presentavano la sacralizzazione completa della 5ª vertebra lombare, e mentre in un caso si trattò di un reperto radiografico casuale in una paziente sofferente di disturbi gastrici su base funzionale, nell'altro l'anomalia vertebrale era associata a una tipica spondilite deformante postraumatica (pregressa frattura della 3ª vertebra lombare) tipo Kümmell.

Secondo l'O. è da porsi il problema se in questo caso la sacralizzazione non sia avvenuta dopo il trauma, come fenomeno di compensazione della statica vertebrale turbata.

L'O. conclude richiamando l'attenzione dei medici pratici su questi vizî di differenziazione rachidea come causa relativamente frequente di disturbi (dolori lombosacrali di origine oscura).

Un caso di estesa rottura traumatica dell'uretra membranosa.

Dott. R. BROGLIO. — Presenta un malato che tre mesi prima aveva riportato una grave rottura traumatica dell'uretra, in seguito al calpestamento di un toro infuriato.

Il paziente, trasportato di urgenza in Ospedale fu operato subito, anzichè di cistotomia soprapubica, di perineotomia, con la quale si constatò la distruzione estesa dell'uretra perineale.

Detersa la regione dei coaguli sanguigni, il chirurgo procedette alla ricerca del moncone uretrale prossimale, che venne fissato con punti di seta all'angolo posteriore dell'incisione cutanea. Sonda Malecot N. 20 a permanenza. Decorso postoperatorio normale. Il malato orina dall'orificio perineale.

In seguito al buon risultato ottenuto l'O. è di opinione che in caso di estese rotture dell'uretra membranosa sia consigliabile procedere sistematicamente anzitutto all'apertura del focolaio di rottura e alla fissazione del moncone prossimale alla cute, poichè oltre di ovviare all'inconveniente di ripetuti atti operativi si impedisce che la retrazione cicatriziale del moncone prossimale crei un serio ostacolo alla restaurazione del canale uretrale.

La pleurotomia nella cura della pleurite tubercolore essudativa.

Prof. G. PIERI. — L'O. presenta una giovane di 26 anni nella quale si erano verificate le seguenti successioni morbose, tutte curate chirurgicamente e guarite: borsite sottodeltoidea sinistra fungosa, linfoadenite caseosa ascellare, linfoadenite caseosa sopraclavicolare.

Quattro mesi dopo la guarigione di quest'ultima, sintomi di pleurite essudativa sinistra con abbondante versamento, e peritonite ascitica. La ammalata fu operata, in rachianestesia alta, di laparotomia e pleurotomia sinistra, con evacuazione dell'essudato.

La incisione pleurica guarì nettamente per prima. La incisione laparotomica si tuberculizzò e richiese per guarire due interventi complementari (raschiamento e causticazione). Seguì guarigione clinica del processo pleuritico e peritonitico, che data da tre mesi. Attualmente sintomi di pleurite essudativa iniziale a destra.

L'O. volle dunque realizzare per la pleurite tubercolare il mezzo e il processo di guarigione (del resto ancora oscuro) che si usa correntemente per la peritonite tubercolare. Ma ritiene che tale operazione sia solo adatta per i casi in cui l'anamnesi parli per una origine linfatica della infezione pleurica. È difficile che l'operazione corrisponda nei casi nei quali l'infezione è di origine polmonare e in cui sussista quindi la possibilità di reinfezione continua della sierosa pleurica.

G. LOCATELLI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

I disturbi della gravidanza.

Sebbene la gravidanza ed il parto siano da ritenersi degli stati fisiologici, essi sono spesso occasione per lo sviluppo di fenomeni patologici quali: eccitabilità, neurastenia, astenia generale, deficienze degli organi, atonia gastrica ed intestinale, debolezza renale, disturbi del ricambio, anomalie endocrine, ecc.

Oltre poi alle grandi tossicosi gravidiche, quali l'iperemesi, il rene delle gravide, l'atrofia gialla acuta del fegato, l'eclampsia, si hanno nelle gravide dei disturbi e delle malattie leggere o gravi che vengono talora trascurate o trattate da specialisti. Appartengono a tale categoria le malattie dell'occhio, dell'orecchio, delle vie aeree, dei reni, del cuore, dei vasi, delle ossa, delle articolazioni e della pelle che vengono trattate con i metodi comuni ed il più spesso senza risultato.

Frequenti sono certi disturbi subbiettivi: congestioni, stati di agitazione, sensazione di mani o piedi addormentati o di ripienezza degli arti, della testa, dolori reumatoidi, neuralgici, perdite bianche, iperacidità, costipazione, ecc. Si considerano di solito questi sintomi come del tutto leggeri e si curano con somministrazione di piramidone, dieta lattea, valeriana, ecc. Spesso invece essi sono da ritenersi come espressione di disturbi del ricambio connessi con lo stato di gravidanza. Gli stati caratteristici della gravidanza possono ritenersi i seguenti:

1) Cambiamento dell'abito costituzionale con tendenza alla costituzione robusta, brachitipo.

2) Ripienezza sanguigna (pletora) che si manifesta come iperemia e colorazione livida dei genitali, varici delle estremità inferiori, tendenze alle congestioni, iperemie ed infiammazioni degli organi interni. Come causa di tale stato si ammette da taluno l'eccitazione del feto e della placenta e da altri la mancata emissione del sangue mestruale, come accade nella castrazione e nel climaterio.

3) Meno chiari sono altri sintomi che si possono ritenere connessi con uno stato di tossinemia o di discrasia e che si manifestano con modificazioni del sangue.

4) La diatesi infiammatoria, con tendenza ad infiammazioni asettiche per sostanze circolanti nel sangue. È espressione di tale diatesi la tendenza alle infezioni ed ai processi settici che spesso hanno decorso tempestoso.

Come terapia di questi stati B. Aschner (*Deut. med. Wochens.*, 15 gennaio 1926) dà le seguenti norme:

1) Regolare la circolazione e la digestione per mezzo del lavoro fisico con il moto e la dieta adatta.

2) In tutti i disturbi locali o dei singoli organi, pensare sempre alle possibili cause generali, specialmente a disturbi nella qualità e quantità rispettivamente alla ripartizione del sangue, come pure a disturbi nell'attività intestinale, all'atonia di stomaco, costipazione, ecc.

3) Combattere profilatticamente l'atonia e la costipazione con una dieta adatta ed i lassativi salini.

4) Nelle donne asteniche, dare dei corroboranti, in quelle eccitabili invece dei sedativi leggeri (bromuri, zinco, valeriana).

5) Nelle donne pletoriche, specialmente se ben nutrite, oppure in quelle con segni di tossinemia, fare qualche piccolo salasso (1-3 volte nella gravidanza), specialmente contro la cefalea, i dolori neuralgici o dentari, le eruzioni cutanee e le varici degli arti inferiori.

fil.

Il trattamento delle convulsioni eclamptiche.

La minaccia di eclampsia. È meglio prevenire le convulsioni eclamptiche anzichè curarle, si applicherà quindi la profilassi al minimo segno di tossiemia, quali: albuminuria, ipertensione (segno più precoce e più costante che l'albuminuria), cefalea, dolore epigastrico. Per la profilassi, si prescriverà: riposo in letto in posizione orizzontale, evitare accuratamente ogni raffreddamento (portare una camicia di flanella), assicurare l'evacuazione intestinale, regime latteo *assoluto* da cessarsi prudentemente soltanto dopo che le urine e la tensione sono ritornate normali.

Quando l'eclampsia diventa probabile, si eliminerà anzitutto ogni causa di eccitazione, lasciando la malata del tutto tranquilla, in una camera in semioscurità, si diminuirà l'eccitabilità del sistema nervoso con l'uso di cloralio e di morfina; si daranno dei purganti drastici (15 g. di acquavite alemanna con dose uguale di sciroppo di nerprugno); si prescriverà la dieta idrica; qualche volta potrà essere utile in tale stadio il salasso. Sulla medicazione diaforetica con mezzi fisici i pareri non sono concordi; infatti, si è rimproverata ad essa l'inutilità, poichè le sostanze tossiche non sono eliminate col sudore e può anche darsi che esse invece si concentrino nel sangue.

La crisi di eclampsia. 1) Impedire alla malata di mordersi la lingua, introducendo un grosso faz-

zoletto fra le mascelle; 2) diminuire l'eccitabilità, applicando subito alle prime smorfie, una compressa largamente imbevuta di cloroformio. Osserva però H. Vignes (*Journal des praticiens*, 12 settembre 1925) che tale rimedio, sovrano contro le convulsioni nuoce al fegato, sicchè in generale il suo uso è abbandonato. Altri usano invece il cloralio a dosi forti di 2-4 grammi per volta (15-20 nelle 24 ore), oppure la morfina che, in dosi forti, sopprime le crisi ed è ben tollerata dai reni; 3) il vero trattamento però consiste nel salasso che deve essere abbondante (fino a 1.200 grammi e non mai meno di 800); si consiglia di ottenere una diminuzione di pressione massima di 5 cmc.; 4) alla puntura lombare non si ricorrerà che quando si supponga l'esistenza di emorragia meningea (crisi ribelli e subentranti, sindrome emiplegica, persistenza anormale del coma, con ipertermia, o ipotermia che segue bruscamente l'ipertermia) oppure quando vi sia predominanza dei sintomi nervosi (crisi che aumentano di durata, cefalea, disturbi visivi, con un minimum di altri segni tossici); 5) il trattamento ostetrico, nel senso di un intervento precoce, è generalmente inutile; quello chirurgico è raramente indicato; tutt'al più si potrà fare la decapsulazione renale bilaterale in certi casi in cui l'eclampsia si complica con un elemento nefritico ed in cui, 24 ore dopo il parto, la situazione resta grave principalmente per l'anuria.

Dopo la crisi. Terminate le convulsioni, dopo il parto ed il puerperio, le donne che hanno avuto albuminuria gravidica o convulsioni eclamptiche saranno sorvegliate a lungo e sottoposte, se necessario ad un regime adatto, consigliando, dove sia possibile il soggiorno in una stazione climatica di media altitudine ed una cura idropinica.

fil.

L'insulinoterapia nel vomito incoercibile delle gravide.

Si ritiene oggi da molti che il substrato del vomito incoercibile sia rappresentato da un'alcalipenia del sangue e dal circolo vizioso che si forma con l'inanizione che consegue a tale disturbo. Il meccanismo con cui si produce l'acidosi nella gravidanza sarebbe identico a quello con cui determina il coma diabetico. L'acetone, l'acido diacetico e quello ossibutirrico hanno origine da una deviazione del metabolismo dei grassi, con formazione esagerata di acidi grassi e conseguente alcalipenia. Ora, siccome questa deviazione si ha in seguito alla mancata od insufficiente combustione degli idrati di carbonio, appare probabile che, regolando mediante l'insulina il metabolismo di questi ultimi, si potrà regolare anche quello dei grassi.

I risultati ottenuti da J. Darney (*Semana medica*, 4 giugno 1925) sono stati conformi all'aspettativa, nel senso che il vomito incoercibile è rapidamente cessato. L'A. ha usato a tale scopo l'iniezione endovenosa di un litro di siero glucosato al 10 % fatta lentissimamente (in tre ore); un'ora dopo iniziata l'iniezione si introduceva per via sottocutanea l'insulina (10 unità) e si ripeteva la stessa dose 1/4 d'ora dopo terminata l'iniezione di siero. Dopo 10 giorni, altre 10 unità di insulina ed a distanza di un mese per due volte altre 10 unità.

La cura non è indicata nei casi di vomito puramente nervoso in cui l'elemento intossicazione manca del tutto.

fil

L'inversione uterina.

Di questa gravissima complicazione che dà una mortalità tanto elevata, N. Masiero (*La Clinica Ostetrica*, febbraio 1926) dà il resoconto di un caso clinico occorsogli, terminato con la guarigione. La frequenza dell'inversione uterina varia secondo le statistiche da 1/2000 a 1/250,000. Numerose sono le cause che possono provocarla; la si vede sopravvenire in donne organicamente predisposte per alterazioni generali e locali (costituzione organica, pluriparità, disfunzione endocrina, atonia uterina, sottigliezza delle pareti uterine, malconformazioni uterine, tumori del fondo dell'utero, lacerazioni del collo, idramnios, parto precipitoso, brevità assoluta e relativa del cordone ombelicale, assenza di retrazione e di contrazione uterina durante il secondamento) in occasione di inadatte manovre nella tecnica dell'assistenza al parto (trazioni sul cordone, spremiture, secondamento artificiale).

È nota la difficoltà della diagnosi a cui talvolta non si arriva perchè non si pensa alla possibilità di tale evenienza. Nei casi dubbi si deve pensare a mettere in luce la esistenza di fatti importantissimi, primi fra i quali la mancanza del corpo dell'utero nella sua sede normale e la presenza in vagina di un corpo ad esso simile per forma, consistenza ed aspetto. Gli errori diagnostici sono più frequenti quando l'inversione è di grado lieve o solamente incompleta. L'A. cita un caso personale in cui l'esame attento rivelò che si trattava invece di un voluminoso fibroma sottomucoso del fondo uterino. Altre volte delle inversioni vere e proprie vennero invece scambiate per fibromi uterini peduncolati ed operati, con quali conseguenze si può facilmente immaginare; nella letteratura sono raccolti 43 di tali gravi errori.

La cura, quando l'incidente capita lontano dall'ambiente ospedaliero si limita ai soccorsi sinto-

matici d'urgenza ed a caute manovre di taxis. Se la donna non seccombe allo « shock » od all'emorragia e se l'inversione si presenta irreducibile, dato che le condizioni lo permettano si invierà la donna alla maternità più vicina.

Qualche volta si può avere la riduzione spontanea man mano che procede l'involuzione dell'utero. Ma più di frequente, per lo strozzamento causato dal cercine di contrazione, si determinano disturbi di circolo e di nutrizione dell'utero che va incontro a necrosi settica, per cui, quando le manovre di taxis falliscono, si rende necessario l'intervento che può essere conservatore o demolitore. In linea generale è preferibile la riduzione per via laparatomica anzichè per quella vaginale; quando poi vi siano forti indicazioni per un intervento demolitore e le condizioni della puerpera lo permettano, si procederà alla isterectomia per via laparatomica, largheggiando nelle indicazioni quando la donna sia vicina alla menopausa e sia già stata madre felice altre volte.

fil.

L'uso del bicloridrato di chinino e dell'estratto pituitario nel parto.

T. J. Ryan (*The Practitioner*, giugno 1925) nei casi normali, per rendere più spedita e più completa la dilatazione, consiglia di dare dapprima dell'olio di ricino, seguito da una bevanda calda; due ore dopo, un enteroclisma di acqua e sapone ed un'ora più tardi 30 cg. di bicloridrato di chinino, da ripetersi ogni due ore fino ad un totale di 90 cg. L'applicazione di fomenti caldi sull'addome provoca delle buone doglie. Quando si ha la dilatazione di mezzo scudo (non meno) si pratica un'iniezione endomuscolare profonda di 1 cmc. di estratto pituitario. Il parto si compie allora rapidamente e senza inconvenienti.

Il chinino può anche essere dato in forma di iniezione endomuscolare con una fiala da 30 cg.

Tale prescrizione è fondata sul fatto che la pituitrina data sul principio, provoca soltanto una piccola dilatazione del collo, con un'inerzia temporanea; il chinino invece, agendo come tonico per le fibre longitudinali, prepara la via per l'azione della pituitrina. L'uso di entrambi abbrevia notevolmente il periodo del parto.

fil.

La cura dell'insufficienza ovarica coi raggi Röntgen.

M. Bolaffio (*La Clinica Ostetrica*, 1926, n. 1) ha trattato numerosi casi di insufficienza ovarica sia in eccesso che in difetto con deboli dosi di raggi X ed ha veduto che l'irradiazione dell'ovaio giova: 1) nell'amenorrea primitiva o recente; 2) nell'opsomenorrea (mestruazione ritardante); 3) nelle menorragie della pubertà. Giova raramente ed incompletamente: 1) nell'amenorrea secondaria ed antica; 2) nell'ipomenorrea; 3) nell'ipermenorrea secondaria.

L'irradiazione della tiroide nelle ipermenorree con ipertrofia tiroidea ha dato all'A. buoni risultati, mentre invece non ne ha dati l'irradiazione dell'ipofisi e l'emicastrazione.

L'effetto dell'irradiazione con dosi deboli non sembra debba interpretarsi come risultante dalla stimolazione di tessuti, bensì da distruzione di follicoli patologici, particolarmente sensibili, forse anche da reazioni umorali a distanza.

Alla terapia dell'irradiazione ovarica nelle disfunzioni genitali si fanno tre accuse e cioè: 1) di danneggiare degli ovuli sani che non sarebbero più atti a produrre una prole sana; 2) di esporre la donna alla sterilità permanente; 3) di accelerare la menopausa. L'A. dimostra l'infondatezza di tali accuse, tanto più se, come è d'obbligo, ci si attiene al massimo scrupolo nel dosaggio.

fil.

Diabete e gravidanza.

Springer (*Wien. Klin. Wochensch.*, ottobre 1925) ha notato la frequenza con cui i bambini nati da madre diabetica, presentano all'atto della nascita un volume e un peso eccessivo (5-7 kg.).

Può trattarsi, secondo l'A., da un maggior accrescimento del feto per l'alto tenore in zucchero del sangue della madre.

Ad ogni modo è da tener presente il fatto per le eventuali difficoltà che insorgessero nel parto, dato l'eccessivo volume del feto.

M. CAJA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'albuminuria e della « nefrosi lipoïdica ».

Col termine di « nefrosi lipoïdica » si intende secondo Munk, Benatt e Flockenfans (*Klinische Wochenschrift*, n. 18, aprile 1925) una nefrosi, secondo il concetto tedesco, in cui esista una albuminuria massiva con edema e lipoïduria. Gli AA. hanno fatto i seguenti esperimenti: essi isolano il rene di un cane e fanno passare attraverso all'albero circolatorio dell'organo del siero di Ringer e hanno visto che il liquido che in questo caso fluisce dall'uretere non contiene albu-

mina; se viceversa si sottomette questo siero di Ringer prima che passi nel rene, alla corrente elettrica sì da modificarne il suo stato colloide, si vede apparire albumina nel liquido ureterale. Ugualmente se si mescola il siero di Ringer a del siero di cane (4 su 1) il liquido ureterale non contiene albumina, se si fa passare la corrente si hanno grandi quantità di albumina che coagula in grossi fiocchi.

Secondo gli AA. l'albuminuria si produce dunque quando vi è trasformazione fisico-chimica dei colloidi del siero.

Riportando questi esperimenti su animali viventi ebbero: iniettando (essi non dicono per quale via) un miscuglio di siero di cane e di liquido di Ringer sottoposto per 4 ore a una corrente di 4 volts, dopo 24 ore si raccolse urina con il 0,50 ‰ di albumina che persisteva per 4-5 giorni. Al 2°, 3° giorno vi era netta lipoïduria: si era prodotta così una vera nefrosi lipoïdica sperimentale.

Secondo gli AA. questa nefrosi lipoïdica consiste essenzialmente in una degenerazione speciale dell'epitelio renale con passaggio nell'urina di sostanze lipoïdi che deriverebbero da uno sdoppiamento della colesterina. Esiste infatti sempre ipercolesterinemia. Si tratterebbe in fondo di un disturbo del metabolismo della colesterina che dipenderebbe alla sua volta da modificazioni colloidali dell'albumina del siero. L. TONELLI.

Sulla natura delle proteine urinarie.

Risulta dagli studi di A. Hynd (*The Lancet*, 31 ottobre 1925) che le proteine eliminate con l'urina in condizioni diverse non sono identiche. In 12 casi di « albuminuria della gravidanza » senza convulsioni si è avuta una rotazione specifica — 55°,81, un valore quindi che sta vicino a quello della sieroalbumina umana (— 54°.47). Valori analoghi si sono trovati in 5 casi di proteinuria non associata alla gravidanza (— 54°.27).

D'altra parte, i 14 casi di eclampsia studiati possono dividersi in due gruppi; nell'uno la rotazione è stata trovata di — 56°.37, nell'altro, che comprende 8 casi, la rotazione era di — 38°.5. E, mentre la rotazione specifica del primo gruppo si avvicina a quella della sieroalbumina umana, quella del secondo è più prossima alla rotazione della lattalbumina di mucca (— 41°.17).

Si può quindi ritenere che in certi casi di eclampsia l'albumina urinaria può essere lattalbumina; in tali condizioni, l'eclampsia sarebbe da considerarsi come una reazione dovuta alla circolazione nel sangue di una proteina estranea; **probabilmente la ghiandola mammaria può essere** un fattore importante nella produzione della eclampsia. *fil.*

La soglia renale del glucosio nelle diverse forme di diabete.

Nell'individuo normale (Chabanier, Paris, Maloine, 1925) la soglia renale dello zucchero segue strettamente le variazioni della glicemia; nel diabetico al contrario essa non ha più la stessa elasticità e segue meno fedelmente le dette variazioni.

Questa minore elasticità sarebbe poco notevole nel diabete grasso, molto accentuata nei diabetici magri.

Il differente modo di comportarsi della soglia in queste due forme di diabete è maggiormente evidente se si tien conto della alimentazione: mentre infatti nel diabete grasso la limitazione degli idrocarbonati produce un rapido avvicinarsi della soglia al grado della glicemia, onde la glicosuria scompare, nel diabete magro l'azione di tale restrizione dietetica è quasi nulla.

L'azione dell'alimentazione idrocarbonata sulla soglia renale, poi, si può spiegare ammettendo che le forti ascensioni post-prandiali della curva glicemica seguite da depressioni, affaticano la soglia diminuendone la elasticità.

Allorchè col limitare la ingestione di idrati di carbonio la curva della glicemia diventa più pianeggiante, la soglia renale non più sottoposta a violenti variazioni della glicemia, ripiglia a poco a poco la sua normale elasticità.

Nel diabete magro, secondo l'A., non si tratterebbe di un disturbo autonomo del metabolismo, bensì di un disturbo della soglia renale per il glucosio, disturbo che determinerebbe la glicosuria spesso notevole. Di qui autofagia e produzione di corpi chetonici se la glicemia, come spesso accade, è bassa.

A. POZZI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Acqua decalcificata. — Al dott. G. Zambler, di Piazzola sul Brenta:

Per decalcificare l'acqua basta bollirla. Si elimina così l'anidride carbònica, la quale mantiene in soluzione il carbonato di calcio, e questo precipita.

Occorre, poi, raffreddarla rapidamente e filtrarla; altrimenti l'anidride carbonica dell'aria torna a dissolversi e rende di nuovo solubile una parte del carbonato di calcio precipitato, trasformandolo in bicarbonato (carbonato acido).

L'acqua distillata è praticamente priva di calcio; ma è dannosa, perchè troppo ipotonica.

L'azione antiuricemica dell'acqua ipo- ed acalcica è tutt'altro che provata. L. V.

Al dott. S. L., da Catania:

Il Manuale italiano di radiodiagnostica completo è quello della Società italiana di Radiologia (ed. Taddei, Ferrara. L. 100).

Quello veduto nell'atrio della Clinica è un volumetto di *Semeiotica Radiologica* di MILANI-LAPENNA, ed. Bucciarelli, Roma.

E. M.

Al prof. G. R., da Roma:

« Æsculape » si pubblica a Parigi XIV°, rue Froidevaux 15; è a periodicità mensile; abbonamento annuo per l'estero 55 fr.; un numero separato 5 fr. È consacrato alle arti e alle lettere in rapporto con la medicina.

R. B.

VARIA.

Mortalità dei medici negli Stati Uniti.

Il *Journal of Am. Med. Association* (9 gennaio 1926) informa che durante il 1925 sono morti 2483 medici negli Stati Uniti, su un totale di 147,010, il che corrisponde a una proporzione di 17, 22 morti ogni 1000 medici.

Età. L'età della morte varia da 24 a 107 anni; 21 al disotto dei 30 anni di età; 119 fra 31 e 40 anni; 368 fra 41 e 50; 560 fra 51 e 60; 665 fra 61 e 70; 489 fra 71 e 80; 207 fra 81 e 90; 18 fra 90 e 99; 1 raggiunse l'età di 107 anni. Il più gran numero di morti si ebbe nell'età di 66-67 anni. La maggiore mortalità si ebbe nel mese di agosto (243); la minore nel mese di dicembre (155).

Cause di morte. Su 2420 morti da cause specifiche, 872 spettano al sistema circolatorio, e precisamente si ebbero 559 morti da malattie cardiache, di cui 90 da angina pectoris, 81 da miocarditi acute. L'emorragia cerebrale causò 233 morti. Le malattie del sistema respiratorio — esclusa la tubercolosi — causarono 278 morti, così distribuite: 222 da polmonite, 26 da influenza, 12 da asma, 4 da edema polmonare e 2 da cancro polmonare. Le malattie del sistema genito-urinario causarono 227 morti, di cui: 161 da nefrite, 14 da malattie della prostata, ecc. Le malattie del sistema digerente e annessi — escluso il cancro e il diabete mellito — cagionarono 108 vittime, di cui 33 da appendicite, 16 da cirrosi epatica, 9 da ulcera gastrica, 2 da ulcera duodenale, 13 da colecistite o calcoli biliari, 10 da ostruzione intestinale acuta, 2 da ascesso epatico, 1 da pancreatite, ecc. Il cancro causò 118 vittime, e colpì i seguenti organi: 26 volte lo stomaco, 12 l'intestino, 8 il pancreas, 7 la prostata, 11 l'esofago e la trachea, 6 il fegato e 6 la vescica. La tubercolosi causò 52 vittime; l'eresipela, 8; il tifo, 7; la scarlattina, 2; la leucemia, 3; la difterite, 1, e così l'alcoolismo, la pellagra, il reumatismo acuto articolare e la porpora emorragica. Le malattie del sistema nervoso determinarono 73 morti, di cui 19 da paralisi, 9 da tumori cerebrali, 9 da meningite, 7 da paralisi progressiva, 6 da encefalite epidemica, 2 da sclerosi multiple, 2 da ascessi cerebrali, 2 da paralisi agitante, 1 da tumore del midollo spinale, 1 da mielite trasversa, ecc.

Furono 83 i medici morti per accidenti: 40 travolti da automobili o per disgrazie automobilistiche; 14 per cadute; 7 per annegamento; 6 per disgrazie da armi da fuoco; 4 per incendi; 3 per asfissie; 2 per scottature da raggi X; 2 per veleni; 1 per disgrazia aviatoria; 1 per shock elettrico; 13 perdettero la vita per omicidi; 59 posero termine alla loro vita nel seguente modo: 30 con armi da fuoco, 5 con veleni, 4 con morfina, 2 con fenolo, 1 con gas, 2 si annegarono e 2 si gettarono dalla finestra; in 13 casi non fu indicato il modo del suicidio.

Infine 234 medici — di età superiore ai 70 anni — morirono di « vecchiaia » e 63 per cause non precisate.

La vita media dei medici olandesi.

P. A. De Wilde (*Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, 21 novembre 1925) calcola che la vita media di 2500 medici dell'Olanda, a partire dal 1861, è stata di 59.6 anni; la vita media della popolazione maschile per il periodo corrispondente fu di 64.8 anni; la differenza a sfavore dei medici risulta tanto più pronunziata, qualora si consideri che la professione non viene scelta, per solito, da soggetti deboli, di modo che le probabilità di vita lunga sono per essa maggiori. Durante gli ultimi 9 mesi la media è stata ancora più bassa di quella generale: 57 anni.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CANTIERI COLLATINO. *Anemia perniciosa splenomegalica.* — Milano, Soc. Ed. Libraria, 1925.

ID. *L'anisocoria nella diagnosi della sifilide, e particolarmente nella diagnosi precoce e nelle forme ignorate.* — Milano, Soc. Ed. Libraria, 1924.

CAPUANI GIANFRANCESCO. *Contributo alla conoscenza della guaribilità della meningite tubercolare.* — Roma, « Grafia », 1924.

CARLINI PERICLE. *Una nuova ipotesi sulla causa della mestruazione.* — Milano, L. F. Cogliati, 1924.

CARLUCCI RAFFAELE. *Un caso di sporotricosi cutanea disseminata.* — Napoli, N. Jovene, 1924.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XVIII. — Nomina dell'unico graduato.

È stato costantemente ritenuto che, anche se un solo medico abbia presentato domanda di ammissione al concorso o, comunque, un concorrente solo sia stato dichiarato eleggibile, il Comune abbia l'obbligo di provvedere alla nomina, salvo il caso in cui esso possa dimostrare una causa di indegnità o di incapacità o altro ragionevole e serio motivo di esclusione dalla nomina, indipendentemente dal giudizio tecnico, purchè la causa si fondi su fatti specifici, positivi e concreti, risultanti da congrua motivazione del verbale dell'organo deliberante. In linea di principio ciò non è discusso. Tuttavia non è inutile ricordare che questa massima è stata confermata dal Consiglio di Stato, V Sezione, con decisione 30 maggio 1925, n. 350. I dissensi riguardano poi le applicazioni concrete, al fine di stabilire quale causa si possa considerare legittima, per giustificare il rifiuto di nominare l'unico concorrente eleggibile. È certo però che, in ogni caso, il motivo deve essere non soltanto serio e grave ma specifico, definito e provato.

XIX — I Comuni possono ricorrere contro la deliberazione della G. P. A. che non approva un provvedimento di riforma straordinaria dell'organico?

Il Comune di Cerva aveva deliberato di sopprimere un posto dell'organico in applicazione del R. D. 27 maggio 1923, n. 1177. Ma la G. P. A. non approvò questa deliberazione. Ricorse il Comune al Consiglio di Stato contro il provvedimento della G. P. A. e fondò il suo diritto di ricorso sull'articolo 4 del citato decreto. Ma la V Sezione, con decisione 13 agosto 1925, n. 372, ha considerato che presupposto essenziale dell'esperimento del rimedio giurisdizionale previsto nel citato art. 4 è la esistenza di un provvedimento approvato dalla G. P. A., la quale integra l'atto medesimo. Essendo stata negata l'approvazione tutoria ed essendo venuto meno il provvedimento deliberato dal Consiglio Comunale manca la premessa necessaria per l'esercizio dei rimedi giurisdizionali previsti dall'art. 4. In sostanza, il Consiglio di Stato ha negato il diritto di ricorrere contro deliberazioni delle autorità tutorie che neghino l'approvazione a provvedimenti emanati in forza del decreto 27 maggio 1923.

XX. — Possono ricorrere le Associazioni mediche non legalmente riconosciute?

A norma dell'art. 26 della legge sul Consiglio di Stato, perchè possa proporsi un ricorso in sede giurisdizionale, occorre che tra l'atto amministrativo che si impugna e l'interesse che si pretende leso interceda un rapporto diretto determinato e personale, non generico nè vago.

Non è ammissibile, per difetto di interesse, un ricorso prodotto contro la nomina di un sanitario (nella specie, primario di ospedali) nell'interesse di un'associazione di sanitari.

Qualora un regolamento di personale sanitario ospedaliero restringa i concorsi di aiuto medico e di medico primario nell'ambito rispettivo degli assistenti e degli aiuti, si viene a costituire in questo modo una carriera tra detti uffici; pertanto, se un provvedimento abbia illegittimamente sottratto al concorso per il grado superiore alcuni posti disponibili, ha interesse giuridico di ricorrere chi si sia vista diminuita o ritardata la possibilità di progredire in quella carriera.

Il R. D. 30 dicembre 1923, n. 2841, ha reso obbligatorio il pubblico concorso quando si tratti di ospedale che abbia almeno 500 letti: in tal caso l'interesse di un aiuto di ospedale a ricorrere contro la nomina del medico-primario, è un interesse non personale nè giuridico ma è comune a tutti i laureati in medicina e chirurgia, e cioè un interesse non diretto nè concreto, e perciò non sufficiente per sperimentare il ricorso innanzi al Consiglio di Stato.

In sostanza, con queste massime, che sono tratte dalla decisione 11 settembre 1925, n. 773, la IV Sezione del Consiglio di Stato ha riaffermato due princìpi, in linea teorica e pratica: 1) le associazioni non legalmente riconosciute non hanno personalità giuridica e quindi non costituiscono un ente distinto dei singoli soci e non possono perciò agire come tali, cioè come associazioni, mediante ricorso in sede giurisdizionale; 2) l'interesse giuridico che solo può legittimare il ricorso giurisdizionale deve essere personale, diretto, concreto e attuale; in altri termini deve trattarsi di un provvedimento che attualmente e direttamente ferisca un interesse di persone determinate.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Associazione della Stampa Medica Italiana

È stata diramata la seguente lettera ai giornalisti medici italiani:

Gentilissimo Collega,

Alla fine d'ottobre si tenne a Roma una riunione di giornalisti medici, la quale discusse ed approvò la proposta di costituire una *Associazione della Stampa Medica Italiana.*

Nella riunione si nominò un comitato (Ascoli di Roma, Capasso di Napoli, Clerici di Milano, Coen-Cagli di Roma, Ferrannini di Napoli, Oliaro di Torino, Polimanti di Perugia, Salpietra di Palermo, Verney di Roma) incaricato di preparare uno statuto: un progetto di statuto fu abbozzato, e si affidò allo scrivente il còmpito di precisarne i termini e di spedirlo ai membri del comitato per *referendum*. In novembre lo scrivente preparò uno statuto completo e lo inviò per *referendum* agli altri membri del comitato. Alcuni risposero presto, altri con qualche ritardo, gli ultimi solo pochi giorni fa.

Il sottoscritto ha tenuto conto delle opinioni e dei desideri dei colleghi: crede pertanto che questo statuto sia da ritenersi approvato dalla Commissione.

Lo spedisce a tutti quanti coloro che presero parte alla riunione di Roma e a quei giornalisti che, per quanto è a sua conoscenza, possono avere interesse nella ricostituita Associazione, perchè mandino la loro adesione, uniformandosi alla seconda delle disposizioni transitorie di questo statuto.

Roma, 29 marzo 1926.

Prof. VITTORIO ASCOLI.

Schema di statuto dell'Associazione della Stampa Medica italiana.

(proposto da V. ASCOLI).

1. — L'Associazione della Stampa Medica si costituisce allo scopo di formare un Collegio professionale, che possa in ogni occasione assumere la rappresentanza del giornalismo medico italiano, favorirne il progresso, fomentarne la solidarietà e l'affratellamento, e tutelare gli interessi morali e materiali dei soci.

Parallelamente, l'Associazione mira a valorizzare la medicina nazionale, diffondendola in Italia e all'Estero.

2. — L'Associazione elegge sua sede in Roma.

Soci.

3. — L'Associazione comprende:

a) Soci ordinari:

1) il proprietario del periodico medico;

2) il direttore e i redattori effettivi;

b) Soci aggregati: i collaboratori abituali di singoli giornali medici;

c) Soci onorari: quelli che abbiano dato il prestigio del loro nome alla direzione di giornali medici o che abbiano comunque favorito l'incremento della stampa medica.

4. — La nomina dei soci avviene su proposta di due soci ordinari, per deliberazione di ciascun Comitato locale, ed è inappellabilmente ratificata o no dalla Giunta Esecutiva.

5. — Sono esclusi dall'Associazione i direttori, redattori, ecc., di periodici destinati precipuamente alla pubblicità e di quelli che risultassero proprietà o dipendenza diretta di una casa industriale (si eccettuano, tra le industriali, le case editrici).

Non sono ammessi come soci ordinari i redattori di Atti o Bollettini di Accademie o Società scientifiche ed i Bollettini degli Ordini dei Medici.

6. — I soci ordinari e i soci aggregati pagano la quota di L. 30 annue.

7. — I soci ordinari hanno tutti i diritti conferiti dal presente statuto.

I giornali associati porteranno la sigla ASMI.

I soci aggregati hanno diritto all'assistenza morale ed economica della Associazione, possono essere eletti a far parte del Consiglio di famiglia, partecipano alle discussioni delle assemblee, ma non hanno voto deliberativo.

I soci onorari possono essere invitati alle assemblee o a portare l'autorità o l'appoggio del loro nome o del loro parere in singole circostanze.

8. — La radiazione di un socio o di un giornale per morosità è fatta dal Comitato locale, dopo tre inviti a regolare il suo debito.

I soci ordinari e aggregati vengono a scadere di fatto quando perdano le condizioni per cui sono stati ammessi.

Per altri gravi motivi la radiazione viene promossa dallo stesso Comitato e contestata al socio per le sue giustificazioni; viene sanzionata dalla Giunta. Il socio potrà appellarsi al giudizio dell'assemblea della circoscrizione, che discuterà in merito. Tutti i documenti per la definitiva decisione saranno mandati al Consiglio di famiglia.

Direzione e amministrazione.

9. — Per favorire i più immediati rapporti tra i soci e meglio tenere conto delle condizioni delle varie regioni d'Italia, l'Associazione si suddivide in tre Sezioni. Le Sezioni svolgono la loro attività rispettivamente nella circoscrizione dell'Italia settentrionale, dell'Italia centrale e Sardegna, dell'Italia meridionale e Sicilia.

10. — Ogni Sezione ha il proprio elenco dei Soci, una propria amministrazione, si riunisce in assemblea ed esercita ogni attività sociale nell'ambito della propria circoscrizione, attenendosi a direttive comuni che saranno stabilite d'accordo.

Ogni Sezione è amministrata da un Comitato composto del Presidente e di due membri eletti dall'assemblea della Sezione fra i soci ordinari.

Ogni Sezione elegge ogni anno, oltre ai componenti del proprio Comitato, un membro del *Consiglio di famiglia*, fra i soci ordinari e aggregati.

11. — I componenti dei Comitati delle tre Sezioni riuniti insieme costituiscono il Consiglio direttivo dell'Associazione, il quale designa fra i Presidenti dei Comitati il proprio Presidente, con-

servando gli altri due quali vice-presidenti. Uno di questi vice-presidenti assume le funzioni di economo-cassiere.

Il Presidente del Consiglio direttivo e i due vice-presidenti formano la Giunta Esecutiva.

Il Consiglio direttivo nomina un segretario generale dell'Associazione fuori del proprio seno. Il segretario non ha voto in Consiglio. Egli funziona anche da segretario della Giunta Esecutiva.

12. — I membri dei Comitati delle Sezioni, e conseguentemente del Consiglio, scadono a turno uno all'anno; nei primi due anni la scadenza si stabilisce per sorteggio; negli anni successivi per anzianità di nomina.

I membri scaduti sono rieleggibili.

Se per qualunque causa venisse nel corso dell'anno a mancare un componente di un Comitato locale, l'assemblea della Sezione elegge il successore.

13. — Il Consiglio rappresenta l'Associazione, fissa le norme direttive del suo funzionamento, stabilisce i bilanci, convoca le assemblee generali cui rende conto della propria opera.

La Giunta ha l'ordinaria gestione dell'Associazione; esegue le deliberazioni del Consiglio; rivede e sanziona o respinge col suo voto gli atti dei Comitati periferici.

La Giunta, insieme con due dei membri appositamente designati dalle assemblee locali, costituisce il Consiglio di famiglia, che è specialmente incaricato di servire da mediatore nei conflitti che possono intervenire tra i soci per i loro diritti o interessi professionali. Dei tre membri eletti dalle assemblee locali fanno parte del Consiglio di famiglia i due che non appartengono alla circoscrizione del socio che ha promosso il giudizio.

14. — Il Consiglio direttivo si riunisce ogni qualvolta la Giunta Esecutiva lo giudichi opportuno o tre membri del Consiglio ne facciano richiesta; in ogni modo, sempre prima dell'assemblea annuale.

La Giunta si riunisce non meno di tre volte all'anno per rivedere l'opera dei Comitati locali e per coordinarla con le direttive del Consiglio Centrale.

Il Consiglio di famiglia si riunisce, quando la Giunta lo giudichi necessario o un Comitato locale lo richieda.

15. — Le quote dei soci incassate da ciascun Comitato locale saranno così ripartite: metà per uso proprio, metà al Consiglio generale per le spese generali.

16. — Le spese d'interesse generale, con il visto dell'economo, sono ordinate dal Presidente del Consiglio Direttivo. I Presidenti dei Comitati locali dispongono per le relative circoscrizioni.

Assemblee.

17. — L'assemblea generale dei soci deve essere convocata dal Consiglio almeno una volta all'anno, nella sede e in coincidenza dei Congressi di Medicina e di Chirurgia.

L'assemblea sarà presieduta dal Presidente, e in assenza di lui da uno dei vice-presidenti.

L'ordine del giorno per le assemblee generali sarà inviato almeno 15 giorni prima.

L'assemblea di circoscrizione dev'essere convocata almeno una volta all'anno e precisamente un mese prima dell'assemblea generale. Si riunisce quante volte il proprio Comitato direttivo lo creda necessario o 5 soci ordinari della Circoscrizione lo richiedano. Gli inviti saranno diramati almeno 8 giorni prima.

18. — Le deliberazioni delle assemblee sono prese a maggioranza di voti, qualunque sia il numero dei presenti.

Per le deliberazioni dei Comitati locali, per il Consiglio e la Giunta occorre almeno la presenza di 2/3 dei membri.

19. — Ogni socio ordinario ha diritto a un voto nell'assemblea.

Il socio ordinario può farsi rappresentare da un altro socio mediante delega scritta, ma nessun socio può avere più di una rappresentanza.

Modificazione dello Statuto e scioglimento della Associazione.

20. — Questo Statuto si può modificare dall'assemblea generale annuale, su proposta del Consiglio direttivo o di cinque soci effettivi. Le modificazioni nell'ordine del giorno devono essere nettamente indicate e accompagnate da brevi ragioni esplicative.

21. — L'assemblea generale può deliberare con maggioranza di voti lo scioglimento dell'Associazione quando sia presente almeno la metà dei soci in prima convocazione, e in seconda regolare convocazione con maggioranza di 2/3 *qualunque sia il numero dei presenti.*

Una Sezione può sciogliersi con analoghe modalità. Il Consiglio direttivo può ricostituire la Sezione e tenere fino ad allora un Commissario che riassuma le funzioni del Comitato.

In caso di scioglimento dell'Associazione l'assemblea designa una persona che liquidi la situazione e versi il residuo di cassa a stabilimenti ospitalieri o ad enti di beneficenza.

Disposizioni transitorie.

1) L'attuale Comitato Provvisorio supplisce il Consiglio Centrale per dare inizio alla vita sociale e s'impegna di indire le elezioni entro otto mesi.

2) Coloro, direttori, redattori o proprietari di periodici medici, che ritengano, a norma del presente Statuto, di avere i requisiti per essere socio, possono inviare la domanda al dott. A. Clerici presso la *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* a Milano, al dott. L. Verney presso *Il Policlinico* in Roma, al prof. A. Ferrannini presso la *Riforma Medica* a Napoli.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Nazionale Medico Fascista.

Il segretario generale della Corporazione Nazionale Sanitaria, dott. Arnaldo Fioretti, ha emanato le norme per l'ordinamento dei Sindacati Nazionali di Medici in unico Sindacato Nazionale Medico Fascista.

Le riporteremo nel prossimo numero.

Esami per medici di bordo.

È indetta per il mese di luglio 1926 una sessione di esami di idoneità per la concessione dell'autorizzazione ad imbarcare come medico di bordo. Tali esami avranno luogo contemporaneamente oltrechè in Roma (Direzione Generale della Sanità Pubblica) presso le Prefetture di Genova, Napoli, Palermo e Trieste.

Gli aspiranti dovranno far pervenire entro il 1° giugno la loro istanza, su carta da bollo da L. 3, alla Prefettura della Provincia di ordinaria residenza che ne curerà l'inoltro al Ministero.

Nell'istanza dovrà essere indicata, dichiarandone i motivi, la sede presso la quale l'aspirante desidera sostenere le prove di esami.

Tale sessione è l'unica utile che, prima della scadenza del 4 luglio, viene bandita in confronto dei sanitari della Venezia Giulia, il cui provvisorio esercizio come medici di bordo è stato prorogato fino a tale data con il R. D. 2 novembre 1923.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per la lotta antitubercolare.

Il ministro degli Interni, on. Federzoni, che fervidamente s'interessa della lotta antitubercolare, con circolare che fa seguito a quella del 25 apr. 1925, rivolge nuovo appello ai signori prefetti del Regno, perchè anche quest'anno in ogni centro d'Italia, dal più grande al più piccolo, abbia ad organizzarsi la *Festa del fiore*, scegliendo il giorno più adatto, per raggiungere risultati migliori.

A tale organizzazione, secondo la circolare, dovranno provvedere i Consorzi Provinciali antitubercolari, direttamente, attraverso l'opera di comitati locali ove questi esistano.

A Roma funziona da tempo il Comitato Romano per la lotta contro la tubercolosi. Esso, ogni anno, di propria iniziativa ha celebrato la Giornata di Propaganda antitubercolare, che si ripeterà anche quest'anno per deferente autorizzazione già ottenuta dalla R. Prefettura. Questa Giornata per nulla differisce dalla Festa del Fiore, avendone le stesse finalità e lo stesso significato, e corrispondendo ai precisi intendimenti del Governo. Il Comitato Romano ne ha fissata perciò la celebrazione per il giorno 6 giugno prossimo, ricorrenza dello Statuto, la quale renderà più solenne e più feconda la provvida iniziativa.

Contro le frodi nella torrefazione del caffè.

Un regio D. L. 13 ott. 1925 n. 1929 pubblicato sulla *G. U.* del 16 nov. 1925 n. 266 vieta d'impiegare nella torrefazione del caffè e in operazioni successive qualsiasi materia estranea; vieta altresì di aggiungervi acqua, allo scopo di aumentarne il peso; potrà tuttavia essere consentito l'impiego di quelle sostanze che rispondano e riconosciute esigenze tecniche e commerciali: esse verranno indicate con norme regolamentari. Ai trasgressori sono comminate multe fisse di L. 300 a 3000 e una multa proporzionale. È proibita l'importazione di caffè torrefatto pel quale siano state impiegate le sostanze suddette. Sono fissate le norme per il prelievo dei campioni, le analisi, le contestazioni, ecc.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AZZATE (*Como*). — Consorzio; ab. 5899; stipendio L. 9000; per uff. san. L. 1500; automobile o vettura L. 3500; 4 quinquenni decimo. Scad. 15 apr.

BENGASI. *Municipio*. — Ufficiale sanitario. Scad. 20 apr. Vedi fasc. 8.

BORGO S. LORENZO (*Firenze*). — Per la Sez. Ronta, con 9 fraz.; ab. 3820, di cui 864 in montagna, 2456 in collina, 500 in pianura; kmq. 5586; L. 8500 oltre L. 3000 cav. e 8 trienni dec.; addiz. L. 5 oltre 500 pov., fino a L. 2000; L. 1200 popolaz. limitrofe; c.-v.; scad. 20 apr., ore 18; età lim. 40 a. Chiedere annunzio.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — A tutto 30 aprile; cond. prevalentem. chirurg.; 500 pov. su 3430 ab.; L. 8000 e 5 quadr. dec., c.-v., L. 3000 direz. Osped. Civico; proventi atti operat.; L. 1300 se uff. san.; L. 1000 a 3000 mezzo trasp. Tassa L. 50.10. Età lim. 25-45 a. Chiedere annunzio.

CASTEL S. PIETRO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 30 apr.; L. 8000 oltre L. 500 uff. san. e L. 500 trasp.

CICERALE CILENTO (*Salerno*). — A tutto il 15 mag.; vedi fasc. 14.

COMUNANZA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 aprile; vedi fasc. 13.

COMEGLIANS (*Udine*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., L. 1620 c.-v., L. 500 serv. att., L. 900 uff. san. Tassa L. 50.10.

FERRARA. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Copparo; scad. 30 apr.; vedi fasc. 14.

FIRENZE. *Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Aiuto di chirurgia; L. 5250 oltre indennità chirurgia in L. 1200 e due c.-v.; età lim. 35 a. Scad. ore 16 del 15 apr. Nom. e conferme biennali.

GAGLIOLE (*Macerata*). — Al 15 apr.; L. 8000 e 3 quadr. dec.; L. 1200 c.-v.; trasp. L. 2500 se cavallo o automezzo, altrim. L. 500; L. 600 uff. san.; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50,15; serv. entro 15 gg.; docum. a 3 mesi dal 15 mar.

GUALDO (*Macerata*). — Al 20 apr., ore 12; capol. e 11 fraz.; ab. 217 agglomerati e 2114 sparsi; L. 9000 e 3 quadrienni dec. oltre L. 2500 trasp. e L. 1200 c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 18 mar.

JESI (*Ancona*). — A tutto 30 apr.; vedi fasc. 14.

LECCE. *Congregazione di Carità*. — Direttore del Gabinetto di Istologia e Batteriologia nell'Ospedale Civile « Vito Fazzi ». Scad. ore 12 del 15 mag.

Docum. al 1° gen. Tassa L. 50 al presidente della Congregaz. L. 8000 oltre il 40 % e introiti speciali. Chiedere annunzio.

LUZZARA (*Reggio Em.*). — Scad. 15 apr.; vedi fasc. 14.

MELZO (*Milano*). *Ospedale S. Maria delle Stelle.* — Assistente; scad. 15 apr.; vedi fasc. 14.

MIRABELLA IMBACCARI (*Catania*). — A tutto 19 apr.; vedi fasc. 14.

ORVIETO (*Perugia*). — Scad. 30 apr. Per Sugano. L. 8000 e L. 600 serv. att.; c.-v.; L. 4000 trasp.

OVARO (*Udine*). — Scad. 27 apr.; vedi fasc. 14.

PIRANO (*Istria*). — Scad. 20 apr., 2ª cond.; lire 9000 e 4 quadr. dec., c.-v., oltre L. 4000 trasferta e L. 900 serv. antimalar.; età lim. 25-40 a.

RECANATI (*Macerata*). — **Per Montefiore Bagnolo**; vedi fasc. 14. Scad. 15 apr.

ROMA. *Manicomio Provinciale.* — Tre medici assistenti; scad. 30 apr.; vedi fasc. 14.

SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele II.* — A tutto il 15 apr., sostituto chirurgo primario. Chiedere copia avviso alla segreteria.

TERRANUOVA BRACCIOLINI (*Arezzo*). — Capol.; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., c.-v. e serv. attivo; 4 quadr. dec. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10.

UDINE. *Amministraz. Provinciale del Friuli.* — Medico di Sezione del Manicomio Provinciale; L. 11,000 oltre supplem. serv. attivo L. 2300 e c.-v., alloggio personale, luce, riscaldam., vitto nei giorni di guardia. A tutto 30 apr. Età lim. 25-35 a. Docum. a 6 mesi dal 1° apr. Tassa L. 50 all'Economo. Se nomina a med. primario *ad honorem* L. 2500. Si terrà conto dell'azione politica.

VALLE DI CADORE (*Belluno*). — Consorzio, a tutto 20 apr.; vedi fasc. 14.

VICARI (*Palermo*). — Scad. 30 apr. L. 10,000 e 5 quinquenni dec.

VILLAMINOZZO (*Reggio Em.*). — Scad. 15 apr., 2ª cond.; ab. 4216; pov. 500; territorio montuoso; L. 8000 oltre L. 3000 indenn. di categoria, L. 3000 obbl. cavallo, L. 500 ambul., L. 1200 c.-v. se ammogliato, L. 780 se scapolo; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

VITO D'ASIO (*Udine*). — Scad. 15 apr., 2° rep.; L. 9000 oltre L. 500 serv. attivo, L. 3000 trasp., 2 c.-v., alloggio con orto e acqua; sede a Pielungo.

Concorso per la nomina in servizio attivo permanente di ufficiali medici del R. Esercito e della R. Marina.

È aperto un concorso per titoli: *a*) per la nomina in servizio attivo permanente nel R. Esercito di 6 capitani medici e 14 tenenti medici fra ufficiali medici degli stessi gradi delle categorie in congedo del R. Esercito, nonchè di 3 ufficiali medici inferiori fra ufficiali medici della Croce Rossa Italiana dei corrispondenti gradi; *b*) per la nomina in s. a. p. nella R. Marina di 2 capitani medici e di 4 tenenti medici fra ufficiali medici degli stessi gradi delle categorie in congedo della R. Marina. Le domande di ammissione, con i relativi documenti, dovranno essere presentate ai Comandi degli Enti, presso i quali gli interessati prestano servizio, o, se in congedo, degli Enti presso i quali sono in forma, non oltre il 16 aprile.

Il concorso ad aiuto di chirurgia di cui nei fasc. 13 e 14 pubblicato sotto FIRENZE, deve riferirsi al R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.

CONCORSI A PREMIO.

Concorso internazionale per lavori di medicina sperimentale.

La « Revista Sud-Americana de Endocrinología, Immunclogía y Quimioterapía » bandisce un concorso tra investigatori di tutto il mondo con tre premi, di cui uno di 1000 pesos argentini e due di 500 (al cambio attuale 1000 pesos corrispondono incirca a 11,100 franchi, 10,350 lire, 2950 pesetas, 1500 marchi oro, 76 sterline). I temi dei lavori sono facoltativi, però vengono preferiti quelli che trattano argomenti di endocrinologia, immunologia e chemoterapia, escludendosi i lavori che riguardino prodotti di determinati istituti o fabbriche e che possano servire a fini di propaganda commerciale. I lavori concorrenti possono essere scritti in spagnolo, italiano, francese, tedesco, inglese o portoghese; dovranno essere dattilografati, su un solo lato dei fogli, e non superare 16 pagine di stampa della rivista; recheranno uno pseudonimo od una frase breve, che saranno ripetuti su di una busta contenente il nome e l'indirizzo dell'autore. Il giudizio sarà dato da una Commissione tecnica composta di professori universitari e del direttore della rivista. I lavori premiati verranno pubblicati sulla rivista; gli autori ne riceveranno 100 copie di estratti gratis. La riproduzione di grafici, fotografie ecc. è a spese della rivista. Oltre ai lavori premiati se ne potranno pubblicare altri che a giudizio della Commissione ne siano stimati meritevoli; gli autori di questi lavori riceveranno 100 copie di estratti gratis. I lavori vanno spediti alla Direzione della rivista (Rivadavia n. 1745, Buenos Aires, Argentina) prima del 31 luglio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il 26 marzo u. s., il Senato Accademico della R. Università di Roma con voto unanime, affidava l'incarico della Clinica pediatrica e dell'insegnamento della Pediatria al prof. Francesco Valagussa, primario nell'Ospedale del Bambin Gesù di Roma.

Il prof. Vittorio Aducco è nominato rettore della R. Università di Pisa per il biennio 1925-26 e 1926-27.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore. — Dott. Salvatore Toscano, Roma.

Cavaliere. — Dott. Francesco Bonelli, Quaglietta (Avellino).

NOSTRE CORRISPONDENZE.

IV Convegno della Sezione Emiliana della Federazione fra i Medici infortunisti.

Le riunioni che annualmente promuove lo zelante presidente della Sezione Emiliana dott. Cioffi, sia per il numero e la qualità dei convenuti, che per l'importanza degli argomenti che si discutono, assumono per gli studiosi di infortunistica un valore molto maggiore di quanto non appaia dalla modesta loro denominazione.

Il convegno fu quest'anno tenuto a Modena il 28 febbraio, signorilmente ospitato dal direttore dell'Istituto di Medicina Legale prof. L. Lattes. Vi intervennero il rettore magnifico prof. Colombini, il prof. Sperino assessore d'Igiene, i direttori degli Istituti di Medicina Legale di Bologna e Parma proff. Moriani e Romanese con i loro assistenti, il prof. Tovo presidente della Federazione, i proff. Fiori, Balli e Vaccari di Modena, Sassi di Bologna, Diez di Roma, Prosperi e Tarducci di Firenze, Casati di Ferrara, Borghi di Modena, il dott. Rolli delle FF. SS., molti medici della C. N. I. delle sedi di Bologna, Modena e Reggio, fra i quali i dottori Panzacchi, Montanari, Betocchi, Dal Prato, Jeannerat, il dott. Manzini per il Sindacato Emiliano Infortuni, il dott. Pullè di Riccione, e molti altri.

Pronunziarono brevi discorsi di apertura il prof. Lattes, che fu acclamato presidente del Convegno, e il dott. Cioffi. Tutti e due ricordarono con parole commosse l'alta figura di Lorenzo Borri il quale dalla cattedra dell'Ateneo modenese fondò l'infortunistica italiana.

Relatore ufficiale fu il dott. GALANTE il quale trattò con dottrina e competenza il tema: « Le rotture aortiche nell'infortunistica », esponendo specialmente, col corredo di numerose proiezioni dimostrative, il risultato delle ricerche isto-patologiche da lui compiute seguendo l'indirizzo del suo maestro prof. Moriani.

Alla discussione sulla relazione parteciparono i proff. Lattes, Prosperi, Diez e Cioffi, mettendo in evidenza l'importanza del contributo originale e delle esaurienti conclusioni, e facendo plauso oltre che al relatore, al prof. Moriani. L'interessante relazione sarà oggetto di prossima pubblicazione.

Seguirono le comunicazioni delle quali riportiamo i titoli:

VACCARI: Ematoma aneurismatico traumatico dell'arteria tibiale anteriore.

DIEZ: Sulla indennizzabilità del danno potenziale in infortunistica. (Il controverso argomento diede luogo a viva discussione alla quale presero parte i proff. Tovo, Romanese e Borghi).

PANZACCHI: Sulla patologia della funzione.

MONTANARI: Sulle lussazioni del femore e fratture del cotile.

BETOCCHI: Fratture del collo femorale.

DAL PRATO: Fratture pertrocanteriche.

SASSI: Su due rari casi di infortunistica oculare.

ROLLI: Su di un caso di ascesso epatico da trauma.

CIOFFI: Anosmie e iposmie nell'infortunistica (interessante studio fisio-patologico e medico-legale della questione).

CIOFFI: Sull'art. 17 della Legge infortuni.

Notevole, in ultimo, per la dotta e lucida esposizione, e per le numerose dimostrazioni radiografiche proiettate, la conferenza del prof. BALLI sulla « Sindrome da irritazione del tronco lombo-sacrale e branca anastomotica nell'infortunistica ».

D.

NOTIZIE DIVERSE.

VIII Congresso Medico Calabro-Siculo.

Sarà tenuto a Messina nei giorni 29-30 aprile e 1° maggio. I lavori del Congresso si svolgeranno nell'aula del Consiglio Provinciale (corso Cavour, piazza Circolare).

I congressisti sono vivamente pregati d'inviare al più presto (e non più tardi del 15 aprile) la loro adesione nonchè il titolo delle comunicazioni scientifiche, indirizzandoli al dott. Antonino Rizzo (R. Clinica Oculistica). Le tessere personali che daranno diritto al 30 % di riduzione sulle Ferrovie verranno inviate a chi ne farà richiesta. (Si fa presente che alla massima parte dei congressisti converrà acquistare la tessera (L. 6) che in occasione della « Primavera Siciliana » dà diritto allo sconto ferroviario del 50 %).

La quota d'iscrizione al congresso è per i medici L. 30 e per gli aderenti (persone di famiglia) L. 20.

Saranno a disposizione dei congressisti (che ne vorranno fare richiesta) i microscopî necessari alle dimostrazioni pratiche, nonchè un apparecchio di proiezione.

Il testo delle singole comunicazioni al congresso sarà pubblicato nel volume degli « Atti dell'VIII Congresso Medico Calabro-Siculo ». I lavori del congresso verranno anche riassunti nella « Rivista Sanitaria Siciliana ».

Temi delle relazioni: « Cancro malattia sociale » (prof. Ernesto Tricomi); « Chemioterapia della tubercolosi (prof. Maurizio Ascoli); « Per una Cassa pensioni a favore dei medici liberi esercenti » (dott. Salpietra): « È necessaria l'istituzione del Ministero di Sanità Pubblica? » (dott. Bartolone). Richiedere il programma alla segreteria.

XII Congresso internazionale di Fisiologia.

È convocato a Stocolma dal 3 al 6 agosto; sarà presieduto dal prof. J. E. Johansson; segretario generale ne è il dott. G. Liljenstrand (Karolinska Institut, Stockhom, Svezia).

Una vittoria della idrologia italiana.

Con R. D. 11 gennaio, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 10 febbraio 1926, si stabilisce che: « Il nome di un'acqua minerale autorizzata ed i caratteri essenziali della relativa etichetta non possono essere adoperati per contrassegnare sali, per preparazioni estemporanee di acque minerali ». Si stabilisce, inoltre, che: « Le etichette destinate a contrassegnare questi sali debbono con-

tenere la indicazione qualitativa e quantitativa dei prodotti che li costituiscono ». Il che significa evidentemente che non sarà più possibile mettere in commercio polveri, con preteso scopo igienico-curativo, le quali si valgano abusivamente del nome di acque accreditate e contengano dei semplici prodotti, più o meno puri, della grande industria chimica, scelti talora senza criterio terapeutico.

La rigorosa applicazione di questo decreto, che rappresenta un notevolissimo perfezionamento della nostra legislazione a favore delle acque minerali italiane, impedirà che si eludano la lettera e lo spirito di esso con dei ripieghi, usando, ad esempio, dei giri di frase per designare le acque che si volessero contraffare.

Questo importantissimo decreto, che può considerarsi veramente una notevole vittoria della idrologia italiana, porta le firme oltrechè di S. M. e del Capo del Governo, dei ministri S. E. Federzoni e S. E. Belluzzo.

Un nuovo tubercolosario a Milano.

Il Sanatorio di Garbagnate, anche con i nuovi ampliamenti che hanno portato la disponibilità di 1300 posti, non è sufficiente ai bisogni della città di Milano, per cui il Comune ha deciso la costruzione di un tubercolosario che permetterà lo smistamento dei malati a seconda della gravità delle loro condizioni.

Si è anche deciso di dare un largo impulso alla vaccinazione Calmette.

Corsi speciali per medici.

Presso la Direzione Medica dell'Ospedale Maggiore di Milano sono aperte a tutto il 21 aprile le iscrizioni ai Corsi speciali di tecniche diagnostiche e terapeutiche per medici.

I corsi suddetti — che avranno la durata di un mese — si inizieranno il giorno 22 aprile e comprenderanno lezioni di elettrocardiografia, roentgenterapia, fotoradioterapia, istologia patologica, batteriologia, microscopia e semeiologia del fegato e grosse vie biliari.

Per l'iscrizione — che potrà essere anche a singoli di detti corsi — occorre presentare il diploma di laurea in medicina e chirurgia ottenuto in una Università del Regno ed il pagamento della somma di L. 50 per ogni corso.

Alla fine dei singoli corsi, a quelli che li avranno frequentati diligentemente e con profitto, sarà rilasciato uno speciale attestato.

Un corso di specializzazione in crenoterapia organizzato dall'Università di Parma si terrà dal 12 aprile al 30 giugno presso l'Università stessa ed a Salsomaggiore, sotto la direzione dell'on. prof. U. Gatti. Tassa L. 25. Chiedere annunzio alla Segreteria.

Sede di Cosenza della Cassa Nazionale infortuni.

Con l'intervento di S. E. Michele Bianchi, sottosegretario di Stato nel Ministero dei LL. PP., è stata inaugurata la nuova sede del Compartimento di Cosenza della Cassa Nazionale di Assicurazione per gli infortuni sul lavoro.

Conferenza della Croce Rossa Orientale.

La Croce Rossa Orientale terrà la sua 3ª conferenza a Tokio, nella settimana che precede e in quella che segue il 15 novembre 1926. La 2ª conferenza venne posposta *sine die*.

Contemporaneamente, la Croce Rossa Giapponese celebrerà il suo semicentenario. Alla riunione sono invitate le Croci Rosse di altri Paesi e quanti s'interessano alla loro opera.

Nella stampa sanitaria.

La « Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen » continua la « Zeitschrift für Krankenanstalten »; oltre che ai nosocomi, sarà ora consacrata a tutta l'assistenza sanitaria; è diretta dal prof. A. Gottstein e dai dottori P. Weinstock e J. Wirth ed è edita da Julius Springer; i fascicoli sono ricchi di memorie originali, riviste d'insieme, argomenti sulle zone liminari, resoconti, recensioni; in bella veste tipografica, sono copiosamente illustrati.

Viaggio di medici inglesi in America.

Una comitiva di circa 200 medici e studenti in medicina dell'Università di Cambridge (Inghilterra) salperà da Liverpool il 13 agosto e farà scalo a Montreal (Canadà), poi visiterà Toronto, Niagara, Washington, Baltimora, Filadelfia, New York, New Haven e Boston.

Esposizioni di medici artisti.

La Società Medica di Antwerp (Belgio) ha organizzato, nello scorso inverno, un « salon des médicins » internazionale in cui sono stati esposti quadri, opere d'arte, opere musicali e oggetti artistici prodotti da medici; ha riportato un pieno successo. Richiamava l'attenzione un violino interamente fabbricato dal dott. Lambotte, cui la chirurgia va precipuamente debitrice del processo dell'osteosintesi.

Un'altra esposizione congenere, promossa dalla rivista « Vita Medica », si è tenuta a Madrid; vi figuravano 337 opere di pittura, scultura, musica, architettura, letteratura, fotografie ecc. È riuscita una manifestazione simpatica dei seguaci di Esculapio.

Da Berlino ci giunge ora soltanto la dolorosa notizia della irreparabile perdita del prof. JAMES ISRAEL, colà avvenuta il 20 febbraio, all'età di 78 anni.

Di Lui può veramente dirsi che con Guyon, anch'Egli ormai scomparso, divise il supremo onore di Nestore dell'Urologia. La fama della sua abilità gli procurò gloria e onori meritatissimi.

Fu allievo di Langenbeck e sotto quell'illustre guida divenne un esperto chirurgo, ma allora la chirurgia renale era, come riferisce Casper, ancora bambina. Fu dieci anni dopo che Gustavo Simon aveva praticato in Heidelberg la prima nefrectomia, nel 1888, che Israel meravigliò tutto il mondo

scientifico con la sua statistica della nefrectomia in cui la mortalità per operazioni renali di Czerny del 51 %, e di Küster del 29 %, era abbassata al 16,2 %. Ancora Israel ebbe fama di diagnosta, in epoca in cui le indagini accessorie erano ai primordi o neanche nate, da nessuno mai sorpassata. Il suo metodo di palpazione è principe fra tutti i metodi.

Nel 1901 pubblicò la sua « Clinica delle malattie renali », volume in cui egli aveva condensato quella grande esperienza che gli diede universale autorità in materia; quel volume recentemente aggiornato in collaborazione col figlio Wilhelm, ha riveduto dopo 25 anni la luce e fa ancora testo come le lezioni cliniche di Guyon.

Era succeduto come chirurgo in capo al suo maestro Langenbeck, in quell'Ospedale Ebraico della città di Berlino ch'egli portò ad ammirevole perfezione organizzativa e che fu l'ambiente ove Egli si procurò tanta fama; in quel vasto Ospedale accoglieva tutti con larga signorilità e ospitava sopratutto i suoi correligionari che scacciati da Università estere si recavano a studiare la chirurgia presso di Lui, attratti dalla luce del suo alto sapere. Egli da tre anni aveva abbandonato il Juden Krankenhaus e vi aveva chiamato il suo migliore allievo, il Rosenstein. Recentemente aveva dovuto per triste irrisione della sorte farsi operare di prostatectomia da Payr a Lipsia, ma chi lo rivide poi presiedere, col suo sempre impeccabile stile di signorilità, le sedute della Società Berlinese di Urologia e il penultimo Congresso Tedesco tenutosi a Berlino, non potè non ammirare con quanto sereno stoicismo quell'illustre vecchio sapesse sopportare il peso e gli acciacchi degli anni inoltrati. Da ultimo la crisi monetaria tedesca gli portò un grave disagio economico; per cui è morto in povertà — e senza che ai suoi colleghi in nessuna guisa fosse concesso alleviarla in sia pur tenue misura — Colui che deve a buon diritto esser considerato come il Padre della Chirurgia del Rene.

A. CASSUTO.

È morto a Treviso il prof. comm. conte GIUSEPPE GRADENIGO, ordinario dell'Università di Napoli, direttore di quella Clinica oto-rino-laringologica, presidente della Società Italiana di Laringologia e Otologia.

Ne daremo più ampia notizia in un prossimo numero.

In un accidente automobilistico è rimasto ucciso il prof. PAUL HÉGER, che da poco aveva lasciato per limiti di età l'insegnamento di fisiologia presso l'Università di Bruxelles, della quale egli era stato rettore. Lo Héger seppe educare un gran numero di allievi di valore. Ha compiuto pregevoli ricerche sulla leucocitosi, sull'infiammazione, sulle modificazioni che gli alcaloidi subiscono nell'organismo, sul ricambio del sistema nervoso.

Si è spenta a Londra in età di 60 anni la dott.ª LOUISA ALDRICH-BLAKE, valente chirurga, decana della Scuola Medica Femminile. Nei suoi studi e nella sua carriera professionale era passata di successo in successo. Durante la guerra prestò opera apprezzata in una Unità ospedaliera a Chateau Tourlaville, presso Cherbourg, nella quale furono accolti in gran numero feriti e malati francesi e belgi; passò poi all'Ospedale di Royaumont, della Croce Rossa Francese e Inglese, diretto dalla dott.ª Ivens, che nell'Aldrich-Blake trovò una valorosa collaboratrice.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 19 Aprile 1926 Fasc. 16

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA
della R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal prof. P. E. LIVIERATO.

La terapia dei versamenti pleurici con iniezioni endopleuriche di joduro di potassio

per il dott. PIETRO BERRI, assistente volontario.

Da molto tempo l'joduro di potassio è ritenuto capace di svolgere una favorevole azione sui versamenti cavitarii, sia accelerandone il riassorbimento, sia inibendo o modificando il processo di sclerosi che assai di frequente tiene dietro alla flogosi delle sierose, determinando inspessimenti ed aderenze dei foglietti.

Tale indicazione dell'joduro di potassio era parsa dubbia a Nothnagel e a Rossbach; tuttavia un'azione in questo senso dell'jodo, dei suoi sali alcalini e delle sue varie combinazioni organiche è generalmente ammessa dai pratici i quali sogliono prescrivere ai pleuritici, ai pericarditici, e nelle asciti da causa infiammatoria, una volta trascorso il periodo acuto febbrile della malattia, una cura jodica a base di JK per bocca o di iniezioni jodo-jodurate, i cui vantaggi si rendono assai bene manifesti.

La cura è più efficace nelle forme croniche ma, in genere si può anche rendere molto bene evidente nelle pleuriti con versamento, nel periodo in cui il riassorbimento naturale si effettua decisamente (Manquat) (1).

Nella cura delle pleuriti essudative si è cercato anche di portare il farmaco a contatto dei foglietti immettendone, dopo puntura esplorativa, una grande quantità nel liquido in essi contenuto; unicamente però nei versamenti purulenti (piotorace, idropiopneumotorace), allo scopo di detergere la cavità o di modificare l'andamento del processo infettivo-infiammatorio, prima di dover ricorrere allo svuotamento chirurgico. Così si usano la soluzione jodo-jodurata particolarmente e la tintura di jodio diluita in acqua con joduro di potassio come solvente (Duguet), da iniettarsi quando i malati non abbiano più febbre.

Anche gli olii jodati (lipjodol-iodipina) possono venire immessi nella pleura non solo a scopo radiodiagnostico ma anche terapeutico.

Per quanto riguarda la via di introduzione del farmaco (iniezione endopleurica) essa è stata già seguita nella cura delle pleuriti essudative per altre sostanze all'infuori dell'jodo e derivati; ricordo qui di sfuggita le iniezioni di violetto di

(1) MANQUAT. *Traité élémentaire de thérapeutique*, III vol., J. B. Baillière, Paris, 1920.

metile suggerite dal Lewis di New-York che Terrile (1) ha sperimentato, con discreto esito, nella Clinica Medica di Genova negli anni 1899-1900.

Non mi consta che il solo joduro di potassio in soluzione acquosa, quale si suole somministrare per bocca, ma in altra concentrazione, sia stato, in modo sistematico, usato per questa via, non tanto per agire sulla causa e sulla natura del processo pleuritico, quanto per dare modo al farmaco stesso di estrinsecare direttamente in situ le proprietà terapeutiche che, come dicemmo, ne hanno da tempo consigliato l'uso per via orale. Per quanto i vari testi di terapia non accennino a siffatto modo di somministrazione degli joduri alcalini, ho ritenuto che tale modalità d'impiego a scopo terapeutico potesse con giovamento venire utilizzata.

L'introduzione nella cavità pleurica d'joduro di potassio, sia pure con altro intendimento, è tutt'altro però che un fatto nuovo. Sin dal 1887 il prof. Livierato (2) aveva praticato un grande numero di iniezioni endopleuriche di joduro di potassio e di sali di chinina, per saggiare la capacità assorbente della pleura. Data da una parte la rapidità (3 m' dopo l'ingestione) e la facilità con cui l'JK, per qualsiasi via introdotto nell'organismo, viene eliminato e messo in evidenza nei secreti (urine, saliva, muco nasale, muco delle vie respiratorie) e, dall'altra, la così diversa tendenza al riassorbimento dei vari versamenti pleurici, è importante saggiare per ogni pleuritico la capacità assorbente della pleura nei riguardi specialmente della terapia da seguirsi in ogni singolo caso. Non solo in soggetti diversi ma anche durante il decorso dello stesso caso si può assistere a modificazioni del potere assorbente della pleura, in quanto che, mentre durante il processo infiammatorio, versamenti formatisi rapidamente restano stazionari per breve tempo e poi con discreta rapidità vengono riassorbiti senza cure o con cure semplici, altre volte l'essudato, formato gradatamente nel periodo infiammatorio, resta stazionario per moltissimo tempo senza che avvenga alcun riassorbimento nonostante il sussidio della terapia più attiva.

Invece i trasudati che in parte obbediscono a leggi diverse e che differiscono chimicamente dagli essudati, per quanto e nella genesi e nella composizione sia dagli uni agli altri questione di gradi, si riassorbono rapidamente col migliorare ad es. della diuresi. Bisogna perciò concludere che nei processi flogistici delle sierose il potere assorbente viene diminuito od anche abolito come succede nelle pleuriti antiche con cotenne pleuriche individuabili semeiologicamente.

Per saggiare dunque questo potere basta ricercare nei secreti (di minuto in minuto per la saliva, di mezza ora in mezza ora per la urina) l'JK introdotto nella pleura nella dose da 0.25 ad un grammo, in veicolo acquoso, dopo essersi accertati con puntura esplorativa della reale esistenza di liquido.

Livierato venne precisamente nella conclusione che, quantunque nel periodo ascendente e febbrile della pleurite essudativa, la corrente esosmotica sia molto più intensa, esiste ancora un'altra corrente opposta, dalla cavità sierosa verso i linfatici, per cui l'assorbimento può avvenire. In altri casi invece manca del tutto questa corrente: l'essudato, malgrado i ripetuti svuotamenti e le cure più attive, si riforma ed il suo riassorbimento è estremamente lento.

Per cui, come corollario pratico, il saggiare la capacità assorbente della pleura ha un certo valore nel senso che, anche nelle piccole raccolte liquide, laddove inopportuno parrebbe lo svuotamento, un esito positivo o negativo della prova coll'JK potrebbe far decidere o meno all'intervento. Ciò per evitare ulteriori danni derivanti da una parte dal permanere in situ per lungo tempo di una massa liquida esercitante una dannosa pressione sul parenchima polmonare, e dall'altra dall'inutile insistere nelle cure mediche in forme ormai cronicizzate.

Non mi è parso inutile diffondermi su queste ricerche del prof. Livierato per due ragioni; primo, perchè in relazione ad esse venne fatto al mio maestro stesso di consigliarmi ad estendere al campo della terapia l'uso dell'joduro di potassio; secondo, poichè sono qui sopra riassunte le eventualità in cui l'JK può essere, oltre che di utilità diagnostica e prognostica, anche di utilità curativa.

A conferma di quanto è suesposto e delle mie precedenti affermazioni, riporto una breve casuistica in cui l'joduro di potassio viene considerato solo come agente terapeutico, indipendentemente dalla sua proprietà di indicatore della capacità assorbente della pleura.

In un'altra serie di ricerche che terrà dietro a quelle che sono oggetto della presente nota preliminare, saranno invece ricercati comparativamente il potere assorbente della pleura e l'azione risolvente dell'JK, tenendo conto di tutti i fattori intrinseci ed estrinseci che possono modificare il

---

(1) *La Clinica Medica* del prof. E. MARAGLIANO (1881-1907), vol. I, S. E. L., Milano.

(2) LIVIERATO. *Sulla capacità assorbente della pleura nei diversi stadi della pleurite essudativa.* Riforma medica, 1887 e La Clinica medica del prof. E. MARAGLIANO, 1881-1907, vol. I, S. E. L., Milano.

decorso di un versamento e delle caratteristiche fisico-chimiche, microscopiche e batteriologiche del versamento stesso.

*
* *

I casi che potei seguire in tutto il loro decorso e trattare con l'JK in vario periodo di malattia, furono complessivamente in numero di cinque: tre pleuriti essudative meta- e para-pneumoniche, una pleurite essudativa « a frigore » ed un idrotorace.

Nel primo caso (giovane di 18 anni) la sintomatologia pleurica insorse in 7° giorno di malattia (polmonite diplococcica del lobo inferiore di sinistra), in coincidenza della crisi.

Tre giorni dopo, previa puntura esplorativa che dette esito a liquido con Rivalta positiva, si instillarono nella pleura di sinistra 2 cmc. di una soluzione di joduro di potassio al 12.5 % (0.25 di JK in 2 cmc. di acqua distillata). La prima iniezione endopleurica parve accelerare il naturale processo di guarigione; ben presto però si ebbe una nuova essudazione siero-fibrinosa con febbre e peggioramento dello stato generale.

Un'altra instillazione di JK nella stessa quantità e proporzione fece rapidamente retrocedere il versamento. È degno di nota il fatto che si procedette alla somministrazione di diuretici soltanto durante l'evoluzione della prima fase del processo pleuritico. La diuretina prescritta venne poi di proposito sospesa nella seconda fase, in cui, col solo JK si ebbe un più rapido e definitivo esaurirsi del versamento.

Nel secondo caso (giovane di 18 anni) affetto da polmonite franca al lobo inferiore di sinistra, la pleurite ebbe inizio cinque giorni dopo la crisi, in piena apiressia. Il liquido, presentante una Rivalta positiva, era poco copioso e poco mobile. In 11° giorno di degenza (14° di malattia, 7° dalla crisi), si praticò l'instillazione di JK al 12.5 %.

Il versamento andò rapidamente riducendosi mentre la diuresi si manteneva normale. I benefizi della instillazione di JK, non integrata da somministrazione di diuretici, furono evidenti poichè, per quanto il versamento fosse così modico da non creare fenomeni spiacevoli, l'JK può aver tuttavia contribuito ad affrettare il riassorbimento.

Nel terzo caso (uomo di 64 anni) affetto da infezione influenzale e da polmonite franca al lobo superiore di sinistra, i sintomi di una pleurite secca, già evidenti all'ingresso, andarono intensificandosi dal 2° giorno di malattia in poi, sinchè in 6° giorno fu possibile mettere in evidenza una pleurite essudativa alla base destra confermata dalla puntura esplorativa che diede esito a liquido con Rivalta positiva.

Il versamento era stazionario. In 10° giorno di malattia anche alla base destra ebbe inizio un processo pleuritico. In 15° giorno, contemporaneamente ad una più intensa somministrazione di diuretici, si iniziò l'autosieroterapia.

Ma il versamento di sinistra non accennava a diminuire per cui si ritenne necessario rinnovare la toracentesi, mentre a destra il nuovo versamento formatosi assumeva rapidamente notevoli proporzioni. Visto lo scarso esito dell'autosieroterapia si ricorse all'iniezione di JK gr. 0,25, nella pleura destra.

Fu facile apprezzare da questo lato una sensibile diminuzione del liquido mentre a sinistra il versamento residuo che, dopo lo svuotamento, non si era più modificato, tendeva anch'esso a riassorbirsi totalmente. In questo caso è interessante il rapporto ed il divario fra i risultati ottenuti coll'autosieroterapia e coll'iniezione endopleurica di JK la cui piccola quantità ha coadiuvato al processo normale di riassorbimento.

Il quarto soggetto (giovane di 16 anni) venne al nostro ambulatorio presentando una pleurite essudativa a destra con copioso versamento. L'uso di diuretici non influì sul riassorbimento del liquido; una toracentesi cui si ricorse dovette essere interrotta per il sopravvenire di una lipotimia. Ci limitammo perciò a prescrivergli del cloruro di calcio.

Dopo 15 giorni ritornò in condizioni assai migliorate ma sempre con liquido nella pleura. Si iniettò allora l'JK nella solita concentrazione, ricercando l'eliminazione dell'jodio nella saliva di minuto in minuto per un'ora, senza risultato.

Dopo altri 15 giorni il paziente ritornò a noi senza che si notassero più liquido nella pleura od alcun segno apprezzabile di postumi. Non mi credo però autorizzato a trarre da questo caso delle conclusioni in merito ai risultati del trattamento jodurato poichè era trascorso troppo tempo da un esame all'altro ed il versamento presentava già, sin dal momento dell'iniezione, evidente tendenza al riassorbimento spontaneo.

Il quinto soggetto (uomo di 68 anni) presentava un versamento a sinistra di natura meccanica, con Rivalta negativa. Si trattava di un arteriosclerotico, miocarditico in iposistolia, portatore di un catarro bronchiale.

L'uso di cardiotonici, di diuretici, le toracentesi ripetute non impedivano il riprodursi assai rapido del trasudato.

A distanza di tre giorni l'una dall'altra si praticarono due instillazioni di JK. Con celerità davvero sorprendente il livello del liquido andò abbassandosi senza che si manifestasse di nuovo la tendenza al riformarsi. Il paziente fu dimesso per sua volontà dalla clinica in condizioni notevolmente migliorate. Dopo qualche giorno però egli ricomparve in ambulatorio in istato di grave scompenso e con un nuovo idrotorace. È questo l'unico caso di versamento non infiammatorio in cui sperimentai l'JK. Si può pensare che l'JK, unitamente al ripristino dell'eusistolia, abbia stimolato il potere assorbente della pleura, favorendo ed accelerando il riassorbimento del trasudato.

Dalle considerazioni preliminari e dai casi clinici riassunti balzano chiare le indicazioni di questo metodo terapeutico che mi è parso unire alla semplicità l'efficacia.

Non credo vi possano essere delle controindicazioni poichè nessun inconveniente notai nei casi osservati. L'azione nociva dell'jodio su eventuali

focolai attivi di tubercolosi polmonare è ostacolata nel suo manifestarsi dalla esigua quantità di sostanza introdotta, che, già di per se scarsissima, dato il tasso della soluzione, viene ancora a trovarsi più o meno ma sempre estremamente diluita a seconda della maggiore o minore quantità di liquido effuso nella cavità pleurica.

In ogni modo, volendo cautelarsi di fronte a spiacevoli complicazioni polmonari, sarà bene accertarsi che la pleurite non accompagni o celi un processo attivo di bacillosi, astenendosi eventualmente dall'intervento. Non sono però restio a ritenere che nelle forme di pleurite così dette « a frigore » che sono, per una buona parte almeno, espressione di un netto processo specifico dalla sintomatologia polmonare ancora silenziosa, l'joduro possa essere di un certo giovamento.

È necessario che l'iniezione jodurata sia preceduta da una puntura esplorativa in modo che il farmaco venga immesso sicuramente in seno ad una massa liquida. La pleura, trovandosi direttamente a contatto della soluzione di joduro, come potrebbe capitare in condizioni normali quando i foglietti sono umettati da una scarsissima quantità di liquido sieroso, potrebbe reagire violentemente data la sua sensibilità, così variabile anche da caso a caso, sensibilità che può rendere pericolosa anche la semplice puntura esplorativa.

Come agisce l'joduro di potassio introdotto nella pleura? È noto come i composti iodici presentino nell'organismo delle metamorfosi complesse di cui le più importanti sono quelle che si producono sotto l'influenza del protoplasma vivente o d'un acido o di diastasi ossidanti. L'joduro, a contatto dei tessuti a reazione acida, si decompone mettendo in libertà dell'jodo che si fissa alle sostanze albuminoidi dando luogo a dei prodotti di sostituzione, a degli iodo-albuminati instabili cioè, che si sdoppiano a loro volta e si disintegrano, eliminando l'jodo sotto forma di joduro di potassio.

Probabilmente in contatto dei tessuti infiammati e degli essudati, che hanno un'alta concentrazione di H-ioni, questa azione è più manifesta.

Analogamente a quanto succede per l'joduro di potassio ingerito, anche per quello iniettato in una pleura normalmente permeabile, l'eliminazione è estremamente rapida come se il farmaco non avesse fatto altro che attraversare l'organismo e subire tutt'al più una doppia decomposizione. C'è una parte però di JK indecomposto che si trattiene per molti giorni nell'economia ma che non agisce come l'jodio attivo derivante dalla decomposizione di quell'joduro così rapidamente eliminato. Quest'jodo attivo modifica la nutrizione, le reazioni difensive e la distruzione degli albuminoidi.

Se anche in seno al liquido contenuto nel cavo pleurico si producono queste metamorfosi che costituiscono l'azione farmaco-dinamica dell'joduro di potassio, c'è da ritenere che ivi tale sostanza agisca come stimolatrice del potere assorbente dell'endotelio della sierosa, reso torpido dalla gravità del processo infiammatorio o dalle cattive condizioni di nutrizione dei foglietti legate a profonde turbe vascolari, disintegrando le neoformazioni connettivali, evitando o limitando la formazione di aderenze o di inspessimenti che, se non rappresentano costantemente un risultato anatomico della pleurite, come Guyot (1) aveva sperimentalmente dimostrato, ne costituiscono tuttavia un residuo relativamente frequente.

E non credo ardito il ritenere che l'joduro agisca anche come antibacterico non perchè influisca direttamente sui germi contenuti eventualmente nel liquido, ma perchè inibisce il loro sviluppo per modificazioni apportate alla costituzione fisico-chimica del terreno.

Concludendo dunque si può dire che, in tutti i casi di versamento pleurico in cui si ritenga necessario accelerarne il riassorbimento, può essere consigliabile l'iniezione endopleurica di joduro di potassio.

E si può allargare a questa terapia il concetto che Livierato espresse come conclusione del suo lavoro sulla capacità assorbente della pleura. Non attendere cioè, per iniziare la cura, che il versamento si stabilizzi; ma ricorrervi precocemente per non rischiare di veder reso inutile, in seguito alla abolizione della capacità assorbente della pleura, anche questo sussidio terapeutico.

---

(1) La Clinica Medica del prof. MARAGLIANO, volume I.

NOTE DI TECNICA.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI ROMA. diretto dal prof. V. ASCOLI.

Sulla conservazione del sangue per la determinazione del glucosio con il metodo di Bang.

Dott. C. TOSCANO, assistente volontario.

La scoperta dell'insulina, mettendo in prima linea il rinnovato problema della cura del diabete, ha prodotto un fervore di studi sull'argomento. Superate le diffidenze, che nel cammino delle nuove terapie, anche se razionalissime, costantemente si oppongono, oggi si può dire che la cura insulinica, *condotta da mani esperte*, produce vantaggi grandissimi in tutti i diabetici, dai più leggeri ai più gravi. Non è dunque lontano il giorno in cui si potrà constatare che la cura insulinica è penetrata e si è affermata come terapia di uso corrente, alla portata, se non di tutti i medici pratici, almeno di gran numero di essi.

Una delle difficoltà che si oppone a tale volgarizzazione della cura, è costituita dalla impossibilità di condurre una terapia insulinica senza l'ausilio della glicemia. Una cura insulinica non può esser iniziata e condotta avanti senza il controllo periodico della glicemia. È questa una condizione che quanti hanno una qualche esperienza della insulina pongono come base fondamentale della cura. La glicemia deve volta per volta guidare il medico per stabilire le dosi di insulina e la dieta più adatta al diabete in esame.

Ma i metodi per la determinazione del glucosio nel sangue non sono in genere alla portata del medico pratico. Anche i laboratori meglio attrezzati, se non dispongono di personale che abbia una particolare esperienza su tali metodi, non possono dare garanzie sufficienti di esattezza. È questo un ostacolo notevole, che impedisce il diffondersi della cura e rende difficile il controllo della cura stessa, quando l'infermo, lontano da centri di studio, non possa tenersi in diretto continuo contatto con lo specialista. Deriva da ciò l'utilità di un metodo che renda possibile, a distanza di tempo e di luogo, la determinazione del glucosio su un campione di sangue.

Già F. V. Sander in *The Journal of Biological Chemistry*, novembre 1923, ricercando un sistema di conservazione del sangue rispetto a varie sostanze in esso contenute, fra le quali il glucosio, concludeva per l'uso del fluoruro di sodio e del timolo associati.

Volendo restare nel campo strettamente pratico, credo opportuno di rilevare che un sistema di conservazione del sangue deve essere riferito al metodo di dosaggio prescelto, nel senso che le sostanze adoperate per la conservazione non devono influire sulle reazioni attraverso le quali il metodo prescelto perviene al suo risultato. Occorre dunque limitare il campo di ricerca e riferirsi ad uno di tali metodi. Nelle mie ricerche, a differenza dell'A. citato che si servì del metodo di Folin e Wu, mi sono riferito al nuovo micrometodo del Bang che, per consenso ormai unanime, è ritenuto il più preciso fra i micrometodi. Metodo delicato senza dubbio e che richiede mani esperte, perchè la sua apparente semplicità non porti ad errori grossolani. Metodo preciso quanto lo può essere un micrometodo, ma sufficiente sempre per i bisogni della clinica.

Così limitato il campo, ho provato a conservare del sangue con fluoruro di sodio, addizionando 10 cmc. circa di sangue prelevato dalla vena con ctgr 5 circa di fluoruro di sodio. Il sangue era sempre conservato in provetta non sterile e tutte le successive manipolazioni venivano eseguite senza alcuna preoccupazione di asepsi. È da notare però che, adoperando il metodo del Bang, per il sangue fluorurato occorre una dealbuminizzazione molto lunga, di 24 ore circa, senza di che, dopo la centrifugazione, il liquido risulterebbe torbido ed i valori sarebbero troppo alti. Riporto qualche protocollo delle mie esperienze.

Il 30 novembre 1925 si prelevano dalla vena 3 cmc. circa di sangue, raccogliendolo in provetta non sterile, contenente ctgr. 3 circa di fluoruro di sodio. Contemporaneamente si prelevano dal dito dello stesso infermo (diabete mellito) cmc. 0.10 di sangue che si versano in cmc. 6.5 di soluzione dealbuminizzante del Bang. La glicemia, così determinata, dà un valore di 2.64 ‰. A partire dal giorno appresso, ogni 24 ore, si prelevano dal sangue fluorurato cmc. 0.1, e, previa dealbuminizzazione di 24 ore, si determina il glucosio. Ecco i valori successivamente ottenuti, avvertendo che la glicemia del giorno 1 dicembre (dopo 24 ore) in effetti è da considerare determinata dopo 48 ore, contando le 24 ore di dealbuminizzazione. Analoga considerazione va fatta per le glicemie dei giorni successivi. Ecco i risultati:

30-XI	glicemia	2.64 ‰
1-XII	»	2.67 »
2-XII	»	2.67 »
3-XII	»	2.71 »
4-XII	»	2.71 »
5-XII	»	2.60 »
6-XII	»	2.03 »

Dai dati suesposti risulta che dal 30 novembre al 5 dicembre, per un periodo cioè di 5 giorni (che diventano 6 per il motivo già detto) la glicemia ha oscillato fra 2.60 e 2.71, per abbassarsi il 6 dicembre a 2.03; nei giorni successivi i valori si sono ancora abbassati notevolmente. Se si tien

conto che la differenza fra 2.60 e 2.71 (valori estremi) corrisponde ad una differenza di iposolfito $\frac{n}{100}$ di $\frac{4}{100}$ di cmc., si può affermare che tali valori, e con maggior ragione i valori intermedi, essendo compresi entro i limiti di errore del metodo, sono equivalenti.

L'8 dicembre 1925 si prelevano dalla vena, in condizioni analoghe a quelle della esperienza precedente, 15 cmc. circa di sangue (diabete). La glicemia eseguita su 0.1 di sangue prelevato dal dito nello stesso tempo dà un valore di 2.96 ‰. Il sangue fluorurato viene diviso in tre parti uguali e conservato in provette non sterili con la semplice protezione di un tappo di ovatta. I valori ottenuti sui 3 campioni ogni 24 ore, sono qui sotto riportati.

	Campione 1	Campione 2	Campione 3
9-XII	2.92	2.92	2.89
10-XII	2.92	2.96	2.92
11-XII	3.03	3.03	3.03
12-XII	3.03	2.35	3.03
13-XII	2.28	1.14	1.75

La conservazione è dunque perfetta in tutti e tre i campioni fino al giorno 11 dicembre (dopo 4 giorni); poi si mantiene per un giorno ancora nei campioni 1 e 3 mentre il n. 2 dimostra una netta diminuzione, che si accentua successivamente. Quando inizia la diminuzione del glucosio, il sangue, prima di colore rosso rutilante, appare scuro e meno vischioso, criterio anche questo che può, almeno grossolanamente, indicarci lo stato di conservazione del campione.

Da questi dati si può concludere positivamente circa la possibilità di conservare un campione di sangue per un periodo di 4-6 giorni, con l'aggiunta di una piccola quantità di fluoruro di sodio, almeno dal punto di vista della determinazione del glucosio. Il fluoruro di sodio non influenza i processi di riduzione e di ossidazione che avvengono nel Bang e solo rende necessaria una dealbuminizzazione molto prolungata.

Praticamente 4 giorni sono sufficienti per inviare il campione anche in un laboratorio molto lontano e per eseguire l'esame. Però, dovendo ogni volta eseguire il prelevamento dalla vena, gl'infermi ben difficilmente si adatterebbero alla ripetizione frequente dell'analisi. Per ovviare a tale inconveniente ho creduto opportuno adoperare, per la conservazione del sangue, delle fiale come da annessa figura, a collo piuttosto largo ed a fondo conico. È facile, prelevando goccia a goccia il sangue ottenuto dal dito o dall'orecchio per puntura, poterne raccogliere 1/2 cmc. in una piccolissima quantità di fluoruro (pochi granellini). Le prime goccie di sangue, data la forma a fondo conico della fiala, verranno subito in contatto con il fluoruro. Basterà agitare un po' il sangue raccolto e chiudere la fiala alla lampada o con ceralacca, perchè il campione sia pronto per l'invio al laboratorio. Tale metodo, che ho controllato ripetutamente, e di cui la praticità risalta a prima vista, credo meriti di essere diffuso.

Proseguendo le mie ricerche, rivolte a cercare altri mezzi per la pratica risoluzione del problema, ho voluto provare se la soluzione dealbuminizzante del Bang per sè sia capace di conservare il glucosio del sangue.

La soluzione dealbuminizzante del Bang si prepara sciogliendo al calore leggero gr. 1.5 di acetato di uranio in 200 cmc. circa di acqua distillata ed aggiungendo subito dopo 650 cmc. di soluzione satura a freddo di cloruro di potassio, cmc 0.75 di una soluzione di acido cloridrico al 25 % (oppure cmc. 0.54 di acido cloridrico del commercio) e tanta acqua distillata fino ad un litro.

Il 4 dicembre 1925 si preparano 5 provette da centrifuga non sterili contenenti ciascuna cmc. 6.5 di soluzione dealbuminizzante e cmc. 0.1 di sangue, prelevato dal dito (diabete). Le provette, tappate con ovatta non sterile, vengono lasciate alla luce e tutte le manipolazioni sono eseguite senza alcuna cautela di asepsi. Ogni giorno si determina il glucosio su uno dei campioni. I risultati sono qui sotto riportati.

4-XII	glicemia	2.64 ‰
5-XII	»	2.57 »
6-XII	»	2.67 »
7-XII	»	2.67 »
8-XII	»	2.64 »

In una successiva esperienza, eseguita con modalità analoghe, si ottengono i valori seguenti:

10-XII	glicemia	3.03 ‰
11-XII	»	2.85 »
12-XII	»	3.03 »
13-XII	»	3.03 »
14-XII	»	3.03 »
15-XII	»	3.07 »

Anche con la soluzione dealbuminizzante adoperata per il metodo di Bang è dunque possibile conservare inalterati o quasi per 5-6 giorni i valori del tasso glicemico e ciò anche se la quantità di soluzione adoperata è minore di cmc. 6.5, come dimostrano le prove seguenti.

Il 10 dicembre 1925 si preparano 6 provette da centrifuga, di cui una (il n. 1) contiene cmc. 6.5 di soluzione dealbuminizzante più cmc. 0.1 di sangue prelevato dal dito di un diabetico fortemente insulinizzato, le altre (numerate da 2 a 6)

contengono un cmc. di soluzione dealbuminizzante, più 0.1 dello stesso sangue. Successivamente, a distanza di 24 ore si determina il glucosio in ognuno dei campioni. Alle provette dal 2 al 6, al momento della determinazione, si aggiungono altri 5.5 cmc. di soluzione dealbuminizzante; si lascia riposare un'ora circa, poi si procede con il modo solito. Ecco i risultati.

Campione n.	1	il 10-XII	dà glicemia	= 0.89 ‰
»	2	» 11-XII	»	= 0.85 »
»	3	» 12-XII	»	= 0.85 »
»	4	» 13-XII	»	= 0.85 »
»	5	» 14-XII	»	= 0.85 »
»	6	» 15-XII	»	= 0.85 »

In una successiva esperienza, iniziata il 14 dicembre 1925 e analogamente condotta, i valori ottenuti sono qui sotto indicati:

Campione n.	1	il 14-XII	dà glicemia	= 2.14 ‰
»	2	» 15-XII	»	= 2.17 »
»	3	» 16-XII	»	= 2.21 »
»	4	» 17-XII	»	= 2.17 »
»	5	» 18-XII	»	= 2.14 »
»	6	» 19-XII	»	= 2.17 »

Anche in questo caso ritengo che si possano utilizzare le fialette per l'invio del campione, adoperando delle fiale a collo tanto largo da permettere il passaggio ad una sottile pipetta da 1/10 di cmc. Dal dito si preleva con la pipetta 1/10 di cmc. di sangue che si lascia cadere in 1 cmc. di soluzione dealbuminizzante già versata nella fiala. La fiala, chiusa alla lampada o con ceralacca, viene inviata al laboratorio più vicino. Quivi la soluzione contenente il sangue viene versata in una provetta da centrifuga ed addizionata con altri 5.5 cmc. di soluzione dealbuminizzante, con i quali si lava prima ripetutamente la fiala per asportare eventuali traccie di coaguli che fossero rimaste attaccate alle pareti.

Concludendo, è possibile conservare un campione di sangue, destinato alla determinazione del glucosio, sia addizionandolo con una piccola quantità di fluoruro di sodio sia versandone cmc. 0.1, esattamente prelevati, in 1 cmc. di soluzione dealbuminizzante del Bang. Nei due casi l'uso di fiale appositamente costruite e poco dissimili da quelle in uso per le comuni soluzioni iniettabili, può facilitare l'invio del campione al laboratorio prescelto. La conservazione in fluoruro ha il vantaggio della maggiore praticità, in quanto elimina l'uso di pipette esattamente calibrate, per il prelevamento della quantità di sangue necessaria all'esame.

Roma, 21 dicembre 1925.

RIVISTE SINTETICHE.

Osservazioni talasso-terapiche.

Dott. M. GIOSEFFI, Parenzo (Istria).

Da quando la proteinoterapia aspecifica ha acquistato riconoscimento generale nella medicina interna, una nuova via si è schiusa per comprendere meglio l'essenza dei fattori climatici sull'uomo sano, come sull'uomo ammalato. Se la proteinoterapia aspecifica e la balneo- e climatoterapia presentano tra loro notevoli differenze esteriori, a tutte due è comune l'azione stimolatrice sull'organismo. Iniezioni di latte o di siero, radiazioni solari e stimoli climato- e talassoterapici, seppure diversi nella loro qualità ed intensità, rimangono tuttavia identici per il loro effetto di attivazione dei poteri di difesa biologica dell'organismo.

Dalle ricerche di Kestner. Pexmöller e Plaut poi sappiamo quale influenza il clima marino eserciti sul metabolismo basale, sulla curva dell'emoglobina sull'aumento della massa muscolare, sulla cutireazione tubercolinica e sulle reazioni capillari della pelle nei bambini anemici e denutriti, dopo il bagno, oppure quando abbiano soggiornato anche poche ore soltanto alla spiaggia. Il *metabolismo basale* (consumo di O a digiuno e nel riposo) è aumentato. L'aria del mare, l'azione del vento, i raggi solari, ai quali alla spiaggia si aggiungono anche quelli riflessi dalla superficie del mare, esercitano uno stimolo sulla pelle, su questo organo particolarmente fotosensibile. Coll'aumento del ricambio è anche aumentato l'appetito; i bambini introducono così con la maggiore quantità di cibo non solo un maggior numero di calorie, ma pure una maggiore quantità di sostanze oltre che proteiche anche vitaminiche.

L'aumento degli eritrociti e dell'emoglobina, ritenuto finora fattore terapeutico precipuamente del clima di montagna, spiegato con la rarefazione dell'aria, si riscontra invece, come sappiamo, pure in altitudini minori ed anche al livello del mare (Bürker, Lacqueur). Il fattore terapeutico essenziale, più che dalla rarefazione dell'aria, sembra essere costituito dalla irradiazione solare. Oggi sappiamo come esista una relazione manifesta tra il contenuto di emoglobina nei bambini al mare e la durata della irradiazione solare. Se nelle altitudini i raggi solari attraversano uno strato d'aria più sottile, sulla spiaggia parte dei raggi solari è riflessa dallo specchio del mare e maggiore risulta quindi il numero dei raggi attinici che colpiscono l'or-

ganismo. Nei bambini denutriti e negli anemici l'aumento dell'emoglobina è maggiore che nei sani. Con l'azione solare si spiega anche l'andamento della *curva annua* dell'emoglobina; questa presenta cioè una rapida discesa nel novembre e nel dicembre, che sono i mesi della minima durata dell'insolazione.

Con il soggiorno al mare abbiamo visto aumentare la *circonferenza delle estremità* e *diminuire quella dell'addome*; l'aumento è più intenso alle coscie (di 3 cm. in media) ed alle braccia immediatamente sotto l'ascella (di 0.60 cm.). Sembra in genere che le braccia sieno le prime a sentire le conseguenze di una nutrizione insufficiente e le prime ad aumentare di circonferenza in buona condizione. La *diminuzione della circonferenza dell'addome* è dovuta ad un aumento del tono della muscolatura addominale, la quale tiene così meglio equilibrio ai gas dell'intestino. L'aumento degli arti in circonferenza è dovuto ad un aumento della massa muscolare. I bambini aumentano così in peso ed in grandezza. L'aumento in lunghezza è maggiore dall'aprile all'agosto, cioè nei mesi di maggiore insolazione, e minore nei mesi invernali.

La *cutireazione tubercolinica* diventa verso la fine del soggiorno al mare più rapida, prova evidente di un miglioramento nello stato di difesa immunitaria dell'organismo infantile. Anche la reazione capillare della cute è più pronta.

Bastano poche settimane di soggiorno al mare perchè bambini magri con la pelle bianca, quasi giallognola, cascante, arida, poco elastica assumano un colorito roseo, fresco paffuto. Da queste osservazioni risulta un altro fatto importante, come cioè non sia sempre la costituzione quella che rende anemici e gracili i bambini, ma piuttosto l'ambiente in cui essi vivono. Basta cambiare quell'ambiente per ottenere la trasformazione di bambini pallidi e denutriti in bambini rosei e per tonificare la loro muscolatura e migliorare la loro sanguificazione. È un fatto questo già notato dall'Escherich: quando egli visitando l'ospizio marino di Grado aveva trovato i bambini dell'ospizio pallidi, contrariamente agli altri abbronziti, che facevano vita sulla spiaggia, volle eruirne la causa, e trovò che i bambini dell'ospizio passavano gran parte della giornata nel giardino loro riservato e solo un'ora al giorno nel bagno appartato, appartenente all'ospizio. È la spiaggia invece quella che deve costituire il luogo di soggiorno dei bambini.

Noi usiamo far prendere i bagni di sole la mattina, quando più vantaggiosa è l'azione angioeccitante dell'aria. Nei giorni di calma si invitano i pazienti a muoversi; meglio di tutto è non abituarli a starsene sdraiati, ma occuparli invece con dei giuochi, con lo *sport*, con lavori o con la ginnastica all'aperto, liberi da ogni indumento.

Più proficui ci risultano i bagni di sole, se associati alle frizioni, alle abluzioni, alle doccie, ai bagni. I migliori risultati terapeutici abbiamo raggiunto in quei pazienti, nei quali con l'elioterapia eravamo riusciti ad ottenere oltre che la pigmentazione, anche quello stato di iperemia cronica della cute, che le conferisce una tinta quasi rosso bruna.

I malati di *tubercolosi polmonare* fibrosa, sclerosante o come diremo in linguaggio più moderno quelli compensati vale a dire i malati senza febbre, abili al lavoro e senza diminuzione di peso si trovano bene sulle spiaggie istriane, non così i subcompensati cioè individui febbricitanti con tendenza al dimagrimento con facile esauribilità, con sintomi neurastenici (irritabilità, emotività con diminuzione della capacità lavorativa), e men che meno quelli scompensati, con febbre elevata, con completa inabilità di lavoro, con tendenza all'emoftoe.

Io osservo da lustri con una certa regolarità l'insorgenza di emoftoe più o meno profusa, tutti gli anni, negli stessi pazienti, durante il periodo autunnale, proprio quando vediamo iniziarsi le massime oscillazioni barometriche, dopo la pressione costante dei mesi estivi; anche nei malati con forme cirrotiche non mancano spesso in quell'epoca gli escreati emorragici.

Evidentemente le brusche variazioni di pressione e dello stato igrometrico riescono dannose al malato di polmoni, e particolarmente l'aumento brusco dell'umidità produce facilmente una congestione di tutto l'apparato respiratorio che può determinare facilmente l'emottisi (Touchard). Quantunque taluni dei talasso-terapisti francesi (Lalesque in Arcachon) e tedeschi sulle spiaggie del Nord (Nicolas Silt, Von Noderniy e Sugling Hennig e Cobert) sieno favorevoli alla cura marina dei tubercolosi, non meraviglierà se per le ragioni dianzi accennate riteniamo la costa Istriana non adatta alla cura dei tubercolosi gravi; (anche Pannwitz sconsiglia per Madeira, Tenerifa ed Aiaccio il soggiorno alla spiaggia immediata e preferisce il clima di montagna).

Ottimi sono invece i risultati ottenuti nella cura della *adenopatia tracheobronchiale*. Così pure si raggiungono i migliori risultati climatoterapici nei malati con *affezioni del rino faringe* (adenoidei), del laringe, della trachea, e dei bronchi, specialmente durante i mesi caldo umidi dell'ottobre e novembre e dell'aprile e del maggio.

Non ricordo di aver mai riscontrato dacchè esercito al mare un caso di *ozaena*. Nelle *pleuriti essudative* noi assistiamo quasi regolarmente all'assorbimento spontaneo dell'essudato con, e senza coadiuvanti calcici e iodici e così pure nelle pleuriti purulente da diplococco, specialmente dell'età infantile. Nessun caso di *peritonite sierosa* ho avuto il bisogno di affidare al chirurgo per la laparotomia. In poche settimane di elioterapia l'essudato scompare, specialmente nei bambini, talvolta in modo sorprendente.

I *convalescenti d'influenza* con le caratteristiche scie subfebbrili lasciate dall'infezione ed originate spesso da qualche ingorgo delle glandole ilari recente, che, se talvolta è di natura specifica, molto spesso non reagisce affatto alla tubercolina, acquistano dopo il soggiorno di alcune settimane sulla spiaggia e dopo una cura di sole cautamente dosata, con lo sfebbramento il vigore e l'euforia di prima.

Buoni, talora ottimi risultati si possono ottenere nella cura dell'*asma da fieno* e dell'*asma bronchiale*. In bambini con diatesi essudativa, soggetti ad accessi asmatici vediamo, dopo il soggiorno alla spiaggia scomparire gli accessi (Szegoe per Abbazia, Hartog e Nicolas per il mare del nord). Evidentemente l'aria pura del mare alla spiaggia, come quella delle altitudini superiori a 1200 metri, scevra di sostanze asmogeni, sia che derivino dall'aria, dalla polvere (Penicillium o Saccaromiceti), tiene lontani gli stimoli, che sogliono provocare l'accesso. Neppure il soggiorno alla spiaggia, come neanche il soggiorno nelle altitudini, non guarisce l'asma, tuttavia esso permette di iniziarvi una cura antiallergica, specifica (quando si sia trovata la sostanza asmogena), o altrimenti quella aspecifica (peptonica o tubercolinica) ed ottenere così la dessensibilizzazione.

Nei *pertossicolosi* il soggiorno alla spiaggia abbiamo visto esplicare una notevole influenza sul declinare e sulla successiva scomparsa dei vari sintomi (febbre, vomito, durata, intensità e frequenza degli accessi), svolgendo inoltre favorevole potere preventivo ed anche curativo, sebbene in minor grado, per le complicanze polmonari. Kuborn ha attribuito al clima marino con la sua forte insolazione una azione microbicida sul bacillo di Bordet e Gengou.

I bagni di mare prolungati per 2 fino 3 ore ed interrotti dalla esposizione delle parti malate al sole sono stati utilizzati particolarmente durante la guerra secondo le indicazioni di Bernhardt e Rollier, Dosquet, Schnitzler, Deutschlänber, per la *cura dei feriti e dei mutilati*. È noto anche dalle recenti ricerche di Torraca come la pigmentazione della cute possa avere un'azione favorevole sul processo di guarigione delle ferite.

I bagni di mare si sono mostrati in questi casi utili per quella ginnastica nel bagno tanto raccomandata da Leyden e Goldscheider; nei casi con contratture ed irrigidimento degli arti si sono mostrati utili i bagni di sabbia.

Il clima della costa istriana non si presta invece affatto durante il periodo autunnale e primaverile, quando le correnti sciroccali vi dominano, per la cura dei malati di *reumatismo muscolare* ed *articolare cronico*.

Le tumefazioni ed i dolori aumentano sotto l'azione dell'umidità atmosferica. Seppure Kruse e Beneche hanno avuto dei risultati favorevoli sulle spiaggie del mare del nord, tuttavia gli inglesi, i quali hanno grande esperienza in questo riguardo sconsigliano il clima marino caldo umido per la cura dei reumatismi.

I malati di *sciatica*, di *mono-* e di *polineuriti* non si trovano bene su queste spiaggie che nei mesi estivi; nei mesi umidi della primavera e dell'autunno, come in quelli invernali, anche i dolori seguono le oscillazioni dell'umidità atmosferica. Una differenza si può notare solo per quelle plaghe, dove, a qualche centinaio di metri dalla costa, i singoli fattori climatici subiscono un mutamento, per l'interposizione di una catena non interrotta di colline che difende quella plaga dai venti.

In una serie di *disturbi* della *sensibilità* e della *motilità* Ziehen e Glax hanno trovato utili gli impacchi con acqua salata o di mare associati ad una terapia fisica.

Sui *nevrastenici eretistici*, i quali devono evitare gli stimoli troppo forti, specialmente sui malati di *neurosi cardiaca*, il clima caldo umido della costa Istriana esercita una azione sedativa. Conviene usare soltanto grande circospezione con l'elioterapia. Il mare di luce sulle nostre spiaggie è già per se stesso uno stimolo potente per i nervi e non tutti i pazienti lo sopportano; esponendoli improvvisamente a questi stimoli noi possiamo provocare in essi pesantezza del capo, cefalea, congestioni ed anche obnubilamento del sensorio e confusioni al capo. Invece bambini neuropatici, indeboliti da *surmenage scolare* hanno avuto grande giovamento dalla cura eliomarina. Gli *emicranici* si sentono bene e quand'anche nei periodi di scirocco avvertono l'inizio di qualche attacco, quasi sempre si ottiene l'attenuazione fino alla scomparsa degli accessi con la cura del peptone.

Alcuni malati di *Parchinsonismo dopo encefalite*, che ho avuto l'occasione di seguire negli ultimi anni, dopo una o due settimane di esa-

cerbazione dell'agitazione, dei tremori e dell'insonnia cominciarono a risentire giovamento dal soggiorno al mare e finirono con l'essere più quieti e col riacquistare, se insonni, i loro sonni tranquilli.

Gli *ipertiroidei* larvati ed oligosintomatici, le clorosi ipertiroidee, gli ipertiroidei psudo-tubercolari, quelli con dimagramento d'origine ipertiroidea che si accompagna ad astenia degli arti ed a depressione psichica, insomma tutte le forme di ipertiroidismo minimo costituzionale che incontriamo frequenti nella pratica, che a noi vengono dalle regioni subalpine o dalla pianura Friulana, dal Goriziano, meno singole eccezioni, migliorano dopo il cambiamento di soggiorno; taluni di questi malati appena al mare si sentono in grado di esplicare una attività; il torpore e la svogliatezza cedono e con la migliore sanguificazione si ha anche un aumento di peso.

Sui *gastro-, entero- ed epato-pazienti*, per i quali sono controindicati i bagni di mare, il soggiorno alla spiaggia non abbiamo visto esercitare influenza diversa da quella provocata da altri climi. Se Albu ha notato che per essi il clima marino è dannoso, la causa non andrebbe ricercata tanto nel clima, quanto nella iperalimentazione carnea in uso sulle spiaggie nordiche, dove quell'autore ha raccolto le sue osservazioni.

Notevoli risultati si hanno nelle *dispepsie nervose* specialmente nei bambini.

Gli *anemici* e gli *astenici* dopo malattie infettive come i convalescenti dalla tifoide, dalla dissenteria, dagli esantemi acuti dell'infanzia, dall'influenza, sentono grande giovamento dal soggiorno al mare, favorendo l'aria marina e l'insolazione, come già accennato, l'aumento degli eritrociti e dell'emogoglina.

Per i *cardio-* e per gli *angio pazienti*, con insufficienza del muscolo cardiaco, sia funzionale che organica, il soggiorno sulla costa istriana si è dimostrato quanto mai giovevole. Mentre Clar voleva intravvedere nelle correnti sciroccali e nel conseguente elevato grado igrometrico dell'atmosfera con la successiva limitazione della funzione vicariante della cute una influenza cardio debilitante, Glax fin dal 1890, e più particolarmente nel 1918, accentuava l'importanza terapeutica del soggiorno dei cardio-pazienti al mare e rilevava come i pazienti di Clar fossero in realtà del neuropazienti, particolarmente sensibili allo scirocco. I cardio-pazienti con lesioni organiche si trovano invece bene nel clima temperato nella nostra costa. Tripold osservò anzi come l'aumento dell'umidità porta seco anche l'aumento della diuresi, specialmente in quei malati che passano repentinamente dal clima di montagna al mare. Non risulta ben chiarita la parte che ha in questi casi la pressione barica. Che vi sia una qualche relazione, se anche non di grande rilievo, tra funzione cardio-renale e pressione atmosferica non può negarsi. Glax riferisce di cardio-pazienti presi da mal di montagna non appena passavano bruscamente dalla costa ad un'altitudine di mila metri sopra il livello del mare; la sindrome scompariva con il ritorno dei pazienti al mare; è per questo che i cardio-pazienti d'oltre Alpe erano inviati nell'inverno numerosi alla nostra Riviera. Pare l'alta pressione eserciti una azione terapeutica sul miocardio insufficiente, azione tanto più chiara ed evidente quanto maggiore è l'altitudine donde l'ammalato viene al mare e quanto più brusco ne è il passaggio. Marcon-Metzner a Hendaye ha visto dei bambini con vizi compensati sopportare ottimamente anche i bagni di mare. Noi contiamo dei cardio-pazienti tra i nostri nuotatori e vogatori.

Particolarmente utili si sono rivelati i bagni nelle *sindromi cardio intestinali associate al meteorismo*, dovute ad uno stato di simpatico-ipertonia che è la causa dei disturbi a carico del cuore e dei vasi, disturbi che sono infine originati da uno spostamento del diaframma in alto; la tonificazione maggiore delle pareti addominali, la regolarizzazione dell'alvo dopo i bagni fanno scomparire con la causa (pseudo adiposità) anche l'effetto.

Dei venti sappiamo come generalmente si ritenga che essi sono dannosi specialmente agli aterosclerotici. Per il soggiorno di tali pazienti sulle spiaggie istriane dovremo prendere in considerazione l'umidità ed i venti congiunti agli estremi d'umidità. La bora aumenta decisamente la pressione del sangue ed è perciò dannosa a questa categoria di malati. Le correnti caldo-umide, lo scirocco ed i venti da mezzogiorno, non hanno invece, per quanto forti siano, questa proprietà. È così che i cardio-pazienti e gli angiosclerotici possono soggiornare sulle spiaggie istriane purchè nelle giornate di bora evitino il vento. Glax soleva consigliare ai suoi cardiopazienti un soggiorno estivo al mare del Nord, evitando la spiaggia immediata, e per l'inverno la riviera istriana, allo scopo di evitare a questi malati — fattore non privo d'importanza — l'azione deprimente, causata dalla scarsa insolazione sulle spiaggie nordiche, poichè noi sappiamo che il sole è l'amico dei cardiopatici sia per il benefico effetto del caldo sulla funzione della pelle e dei reni, sia per gli effetti dinamici generali della grande luce solare (Mariani).

Più sensibile ancora dei cardiopatici di fronte ai venti freddi si sono mostrati gli *ipertonici;* invece nei semplici *ipertensivi* da *surmenage* la quiete ed il riposo alla spiaggia ed anche i bagni di mare si sono mostrati utilissimi, evidentemente in seguito al consecutivo rilasciamento dello spasmo vasale, che sappiamo subentrare nel bagno dopo un lieve aumento della pressione. Cochez in Algeria, Lalesque a Arcachon e Langenhagen a Mentone hanno pure essi confermato l'azione favorevole del clima marino per gli arteriosclerotici.

I malati di *neurosi cardiaca* risentono dal clima umido della costa istriana un effetto sedativo, poichè lo scirocco esercita un'azione ipnaloga. Favorevoli riescono a questi malati i bagni di spiaggia durante i mesi caldi; il bagno associato al nuoto esercita un'azione favorevole sull'aritmia, come è stato rilevato anche da Fürbringer. Glax metteva soltanto con Grabley in guardia da un'azione combinata dai bagni di mare con i bagni di sole.

Se per i cardio-pazienti portatori di lesioni organiche, purchè bene compensate, si è visto che sopportano bene i bagni di mare, agli arteriosclerotici non potremmo invece consigliarli specialmente quando il mare è mosso.

Per i *nefropazienti* è raccomandata l'aria calda secca dell'estate sulla costa istriana da Tripold e da Glax. Tripold e Glax hanno poi osservato che nei renali mentre d'inverno dovevano somministrare continuamente dei diuretici ad Abbazia non avevano bisogno di farlo e li potevano lasciare durante i mesi caldi e secchi dell'estate senza medicamenti. Nel clima caldo umido ad elevata umidità relativa la diuresi è considerevolmente aumentata, è diminuita invece quando l'umidità è bassa. La temperatura bassa invece fa aumentare l'azione diuretica mentre quella elevata la diminuisce. Il minimo della eliminazione coincide col massimo della temperatura dell'aria e col minimo della umidità, il massimo della eliminazione invece col massimo dell'umidità e col minimo della temperatura dell'aria. A temperature medie e con una umidità relativa elevata prevale l'azione diuretica che è dovuta al grado elevato dell'umidità. Da queste constatazioni Tripold e Glax deducevano l'importanza dei fattori climatici della costa istriana per la cura delle affezioni cardio-renali. Queste constatazioni trovano un appoggio nelle successive ricerche di Moog il quale a temperature attorno i 25 gradi e con oscillazioni dell'umidità relativa fra il 30 e 40 % ha trovato come anche la perspirazione insensibile attraverso la cute sia più grande ad umidità relativa più elevata che ad umidità relativa più bassa; egli spiega questa eliminazione considerandola non quale una semplice evaporazione, ma bensì quale funzione fisiologica dell'organismo a servizio della termoregolazione.

Gli *uricemici* ed i *gottosi* si trovano bene durante i mesi estivi al mare; troviamo da sconsigliare loro solamente le cure solari per evitare quelle infiltrazioni accompagnate da prurito e da arrossamento, da tumefazioni e talvolta da essudazione sulla fronte, sulle orecchie, alle guancie ed alla nuca, che in molti individui uricemici costituiscono delle reazioni uratiche alla luce, tanto più che sappiamo come sotto l'azione solare diminuisca l'eliminazione della creatinina e dell'azoto totale (Liebesny).

Nei *glicosurici* Glax e Fodor notarono una migliore tolleranza degli idrati di carbonio dopo il soggiorno alla spiaggia, specialmente se associato al nuoto od anche alla voga, raccomandati dal Noorden, ottenendo con essi anche una diminuzione della ipertonia costante dei diabetici iniziali. Non è escluso che l'insolazione dell'estate con la simpatico-ipotonia contribuisca ad una diminuzione del glucosio nel sangue dopo un transitorio aumento. Sarebbe lo stimolo climatoterapico analogo a quello proteino terapico aspecifico col quale recentemente Singher e Hoegier, come Gruenthal e Hoefner, E. Schilling e H. Hippe, hanno ottenuto un abbassamento del tasso del glucosio nel sangue dei diabetici. Queste constatazioni sarebbero la miglior prova biologica atta a confermare le nostre esperienze cliniche sul miglioramento dei diabetici in seguito al soggiorno al mare. Noi dobbiamo soltanto evitare la elioterapia per non andare incontro a quegli eritemi a piccole chiazze che costituiscono delle reazioni glucosiche alla luce.

I *malarici* vanno soggetti sulla costa istriana a frequenti recidive specialmente nelle giornate sciroccali. Le recidive malariche sono poi ancora tanto più frequenti, quanto più intense e più rapide sono le oscillazioni della pressione atmosferica; più frequenti, quando la pressione è bassa, meno frequenti a grado barometrico elevato oppure quando il barometro si alza. Nelle migliori condizioni si trovano i malarici quando la pressione atmosferica è costante. Essendo che colla diminuzione della pressione atmosferica e coll'aumento dell'umidità procedono pari passo le correnti sciroccali, è da ritenersi che i malati, indeboliti dall'infezione malarica pregressa, sieno divenuti dei ciclonopati se non lo erano ancor prima. Delle correnti cicloniche noi abbiamo oltre che sulle spiaggie dell'Inghilterra e della Norvegia anche sulle coste settentrionali del Me-

diterraneo con alcune punte nel Golfo di Genova e sulla costa Istriana. Glax aveva detto che queste coste dovrebbero essere perciò evitate dai malarici, ai quali dovremmo piuttosto consigliare le altitudini. Noi sappiamo bene come i complessi elementi del clima di montagna favoriscono le recidive in seguito alla acutizzazione del processo di partenogenosi (Pontano) e per la maggiore attività riproduttiva delle generazioni asessuate, recidive le quali possiamo efficacemente combattere fino alla guarigione radicale intervenendo prontamente con una cura intensa e debitamente prolungata.

Ma perchè non valorizzare invece, diremo noi, nella cura radicale dei malarici anche quella azione vasomotoria eccitante del clima marino che attiva le infezioni latenti? Brotzu usò già con profitto il bagno di mare unito alla elioterapia come fattore stimolante l'organismo anemico del malarico. Sotto l'opera dei fattori sole e mare insieme con una cura di chinino l'organismo torpido del malarico riprende vigore ed energia, la milza ed il fegato si riducono di volume, si risveglia l'appetito, le funzioni digestive migliorano. L'azione eccitante del sole e del mare è probabilmente simile a quella radioeccitante suggerita dal Pais nella cura della malaria. Come il clima di montagna, oppure accanto al clima di montagna il nostro mare offre sulle spiaggie salubri dei mezzi economici e promettenti per la cura radicale della malaria.

Tutta la Riviera del Carnaro per la disposizione del terreno bruscamente degradante dal monte verso il mare in modo da non permettere la formazione di raccolte idriche e quindi di focolai anofelici è esente da malaria, come anche la costa nord occidentale dell'Istria. Non potremo noi perciò utilizzare la Riviera del Carnaro e le nostre spiagge salubri per una bonifica umana dei malarici?

Notevolissimi i risultati ottenuti sulla spiaggia nella cura del *rachitismo* già nei lattanti. Tutti i fattori extra-alimentari che sono stati invocati a spiegazione della genesi del rachitismo trovano nella vita sulla spiaggia la loro azione neutralizzante: al posto della limitazione dei movimenti piena libertà nell'attività muscolare e nell'esercizio delle parti scheletriche, al luogo del soggiorno negli ambienti con poca aria e poca luce immersione del corpo in un mare di luce di cui la parte più rifrangibile dello spettro (raggi ultra violetti) sappiamo avere una spiccata funzione calcio fissatrice nell'organismo; non è escluso che l'aria ed il sole stimolino poi anche la secrezione di organi endocrini, del timo e dei surreni. Noi sappiamo come persino una dieta povera di vitamine riesce meno dannosa agli organismi animali quando siano esposti all'irradiazione (McCollun e Ishida). In poche settimane di soggiorno alla spiaggia noi vediamo regredire nei lattanti tutte le manifestazioni di rachitismo, siano ossee che nervose, così assistiamo alla scomparsa dei dolori epifisari e del sintomo di Brudzsinsky (flessione simmetrica degli arti inferiori nelle coscie e nelle ginocchia quando si faccia flettere il capo in avanti a tronco rigido); bambini che ad un anno non camminano e male si reggono cominciano a fare i primi passi dopo le prime esposizioni al sole; l'atonia muscolare, il meteorismo, i sudori, anche le ernie ventrali regrediscono dopo breve tempo; l'apatia, l'abasia, l'astasia, l'irrequietezza, la svogliatezza cessano, l'iperidrosi e l'insonnia scompaiono; i lattanti si addormentano nella culla aperta; anche il torpore psichico che raggiunge nelle forme accentuate talvolta veri stati di catalessi o di catatonia cede ad un risveglio della attività psichica. Senza ricorrere al sole artificiale noi abbiamo nella elioterapia marina sulla spiaggia il miglior mezzo della cura del rachitismo.

Solo per gli spasmofili (con laringospasmo) il soggiorno alla spiaggia ventilata è uno stimolo troppo eccitante: conviene mandare questi piuttosto in campagna lontano dal fronte del mare.

I lattanti, durante l'estate, alla spiaggia, leggermente coperti si tonificano ed irrobustiscono.

I lattanti che abbiano passato l'estate sulla spiaggia si mostrano refrattari alle noiose affezioni catarrali dell'autunno e dell'inverno; nessuno dei lattanti che facciano vita alla spiaggia si può dire vada soggetto a gastroenterite, neppure durante il periodo dei calori estivi; i lattanti liberi dagli indumenti, esposti alla brezza marina possono, grazie alla loro perspirazione insensibile abbastanza considerevole (0.22 g. ogni ora per decimetro quadrato di superficie cutanea), ben facilmente regolare il calorico ed essere sottratti all'azione di quella stasi del calore che dopo le ricerche di Rietschl, Finkelstein, Rosentein, Liefmann e Lindenman sappiano danneggiare assai più il latttante che non il cibo.

Bossi e Kurz sono talasso-terapisti convinti delle *flogosi croniche dell'utero*, delle tube, degli ovari, dei parametri, della pelveoperitonite, dell'amenorrea, dei miomi, nel climaterio e nella convalescenza dopo operazioni ginecologiche.

I dermatologi raccomandano la talassoterapia nel prurito, nel Lichen Ruber Planus ed acuminatus, nel prurigo (Löw e Szegoe), poi nei tubercolidi, negli eczemi subacuti e cronici, nell'acne, nella foruncolosi, nella psoriasi, nell'iperidrosi, nell'ittiosi; in alcuni lattanti con eczemi, ribelli alle solite cure, abbiamo veduto rapidi miglioramenti e la guarigione dopo portati i bambini

al mare; dopo quattro fino cinque giorni veniva la calma, scomparivano il prurito, la secrezione irritante, l'insonnia, la pelle si disseccava. Non è facile dire a quale fattore ciò sia dovuto, forse entra in vigore l'azione della luce diffusa coll'aumento del calcio nel siero.

Castiglioni ha notato la mitezza del decorso della *sifilide* e delle manifestazioni secondarie come della paralisi progressiva tra l'equipaggio ed il personale di bordo dei nostri transoceanici.

Anche la rarità del lupus e dei carcinomi cutanei tra la nostra popolazione agricola e marinara è forse dovuta alla maggiore resistenza della cute abbronzita dal sole.

Gli oculisti raccomandano la spiaggia per le cheratiti parenchimatose, le congiuntiviti eczematose, le iriti e le iridocoroiditi.

I migliori risultati terapeutici locali e costituzionali noi otteniamo associando le cure di sole, di aria con i bagni di mare, bene dosati, dapprima facendo tuffare i piedi, poi spruzzando il corpo ed infine passando all'immersione; i deboli prendono il bagno ogni due o tre giorni e per breve tempo; quando sono indicate le temperature più elevate si fanno prendere i bagni fra le 15 e le 17, del resto alle ore attorno il mezzodì. I bagni sulle nostre spiagge rocciose hanno tutt'altra attrattiva di quelli sulle spiagge sabbiose.

Sulle nostre spiagge la sabbia si distende come un tappeto là dove la si adopera, sotto lo specchio dell'acqua, e l'occhio spazia durante il bagno sulle verdi insenature del nostro mare, anzichè sulla superficie abbagliante dell'ampia distesa di sabbia; e sulle spiagge istriane troviamo un ambiente adatto per gli esercizi fisici: non solo il nuoto, ma la scalata di roccie, i tuffi ed i salti mettono qui in moto tutti i muscoli del corpo in modo non soltanto utile ma anche dilettevole.

Riassumendo, sulle nostre spiagge noi possiamo usare la talasso-terapia nel senso lato della parola, vale a dire la climatoterapia, l'areo-, l'elio- e la balneoterapia, insomma tutti quei fattori od elementi che costituiscono l'ambiente marino.

Valorizziamo i fattori climato- e talassoterapici di queste spiagge, per lunga serie di anni mèta di correnti metropolitane straniere, oggi e per sempre spiaggie d'Italia.

BIBLIOGRAFIA

I.

COMISSO. Rendiconto per gli anni 1913-1922. Ospizio Marino, Duchessa Elena D'Aosta. Tipografia L. Luzzatti, Roma, 1923.

GLAX. Abbazia Vienna, Otto Maass Söhne, 1914.

ID. *Guide des étrangers*. Abbazia 1914. Typographie Artistique Otto Maass-Fils, Vienna.

HARACICH. *Il clima di Lussino* (dai programmi della scuola nautica di Lussino). *Jahrbuch des Geograph.* Zentral. Bureau, VIII, Vienna, edit. Braumüller.

MAZELLE. *Hälteeinbruch u. Bora in Trieste*, I, 1907. Metereol. Zeitschr, 1907.

MONTI. *Zeitschr. f. Balneo-Klimatologie u. Kurorthygiene*, 1908, IX.

PUPINI. Portorose Vienna-Lipsia-Hartleben. Verlag, 1910.

ROSTER. *Climatologia dell'Italia*, Utet, 1909.

TRIPOLD. *Das Klima F. Abbazia nella Festschrift per Glax.*

VERCELLI. *Alpago: temperature normali ed anomalie termiche del clima di Trieste.* Bollettino dell'ufficio del Lavoro e della Statistica, 1922, n. 3, 1923.

C. DE FRANCESCHI. *Note Storiche dell'Istria*, 1879.

G. CAPRIN. *Marine Istriane.*

ID. *L'Istria Nobilissima*, 1907.

O. DE FISCHER. *Le stazioni climatiche ed i luoghi di cura nel Golfo di Trieste e sulla costa Istriana.* Rivista Sanitaria, 1910, anno IV, n. 17, pag. 206.

A. GRUND. *Das Adriatische Meer u. seine Einwirkung auf Das Klima sener Küste. (Il mare Adriatico e la sua influenza sul clima litoraneo).* Zeitschr. f. Balneologie, II, Jahrg.

KREBS. *Die Halkoinsel Istrien.* Lipsia, 1907.

E. SILVESTRI. *L'Istria*, 1903.

I. STENIO. *Pagine Istriane*, anno VIII, n. 6-9.

II.

BARDUZZI. *Abbazia. Terme e Riviere*, 1923.

C. BAXA. *Abbazia.* Tip. C. Priora, Capodistria, 1924.

CASTIGLIONI e MOSER. *Uber den Heilwert der Seereisen.* Zeitschr. f. Balneol., Klimatol. u. Kurortkyg, 1908, n. 5.

COMISSO. Rendiconto dell'Ospizio Marino di Valdoltra, Trieste, 1914, Tip. Hermannsdorfer.

COPORCICH e KURZ. *Abbazia. Le vie d'Italia*, 1921, pag. 607.

ESCHER. *L'Ospizio Marino di Valdoltra.* Zentralbl. f. Thalassothera therapie, 1910, n. 9.

TH. ESCHERICH. *Die Bedeutung der Adria für die Hygiene Des Spielalters der Kinder.* Zentralblatt für Thalassotherapie, 1911, n. 1. *Importanza dell'Adriatico (Abbazia) per l'igiene del giuoco dei fanciulli.* Klimatoterapie, Stuttgart, 1906.

I. GLAX. *Klimatotherapie.* Stuttgart 1906.

ID. *Balneotherapie.* Stuttgart 1906.

ID. *Thalassotherapie* nel *Handbuch* di Loewenstein sulla Tubercolosi.

ID. *Thalassotherapie unter besonderer Berücksichtigung des oesterreichischen Adriagebietes. (La talassoterapia con speciale riflesso alla regione Adriatica) (ex austriaca).* Estratto dall'« Oesterreich-Baeder-Buch », pubblicato da K. DIEM. Vienna, Urban e Schwarzenberg.

ID. *Die Klinatotherapie des Heufiebers mit besonderer Berücksichtigung der oesterreichischen Riviera.* Conferenza tenuta nella riunione dei medici di Abbazia al 21 aprile 1905. (*La climatoterapia della febbre da fieno con speciale riflesso alla Riviera*) (*ex austriaca*). Zentralblatt, für physikalische Therapie, Diätetik, Krankenpflege unc Unfallkilkunde, I, fasc. 11. Vienna, Urban e Schwarzenberg.

I. GLAX. *Die Anzeigen und Gegenanzeigen für den Gebrauch von Seebaedern und Seeluftkuren*, Zeitschr. für aerztliche. Fortbildung, 1909, n. 18, Fischer, Jena (*indicazioni e controindicazioni della balneo- e climaterapia marina*).

ID. *Schiffssanatorien- und der therapeutische Wert täglicher kleiner Seefahrten (nell'Adriatico)*. Zentralblatt für Thalassotterapie, 1909, vol. I, fasc. I. Abbazia, Ed. Tomicie. (*Navi-Sanatorio e il valore terapeutico delle piccole crociere giornaliere*) (*nell'Adriatico*).

ID. *Die Seebäder der oesterreichischen Adriaküste und ihre Bedeutung als Heilfaktor für erkankte Kriegstheilnehmer*. Zeitschr. für Balneologie, Klimatologie u. Kurort-Hygiene, VIII, Iahrg, n. 274. (*I bagni di mare sulla costa Adriatica — già austriaca — nella loro importanza terapeutica per combattenti malati*).

ID. *Die Balneotherapie als Heilfaktor bei Kriegsverletzungen und erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der deutschen und oesterreichisch ungarischen Kurorte*, Zeitschr. f. physikalische und diaetetische Therapie, 1916, Bd. XX. Thieme, Lipsia. (*La balneoterapia come fattore terapeutico nei feriti e malati di guerra con speciale riflesso ai luoghi di cura tedeschi ed austro-ungarici*) (*oggi nostri*).

ID. *Thalassotherapie bei Kriegsverwundeten und-beschädigten*. Zeitschr. f. physikalische und diätetiscle Therapie 1918, Br. XXII. Thieme, Lipsia. (*La talassoterapia nei feriti e mutilati di guerra*).

MONTI. *Die Seelüftbaeder und ihre Wirkung auf den klindlichen Organismus*. Zeitschr. f. Balneol, Klimatol. u- Kurorthyg, 1908, n. IX.

VAN OORDT. *Physikal. Therapie innerer Krankheitung*. Springer, Berlino, 1920.

PUPINI. *Ueber die Anwendung der Heliotherapie an den südlichen Meeren*. VII congresso dei balneologi austriaci a Merano, 11 ottobre, 1912. Zeitschr. f. Balneolologie, Klimatologie u. Kürot Hygiene, V. Jahry, n. 24. (*L'elioterapia nei mari meridionali*).

DIVAGAZIONI.

Maurice Letulle e il recente suo volume « Le poumon » (1).

COMMENTO.

È un colorito fiore, olezzante nello studio del Letulle; fiore che s'illumina ai sorrisi della scienza, orgogliosa de' suoi fecondi cultori, come nota il Babonneix, méd. de l'hôp. de la Charité, a Parigi. Nulla, del suo ardore di patologo studioso, ha tolto la *verte vieillesse* all'onorando e onesto Maestro, della Facoltà Medica parigina; e ce n'è prova il lucido volume, illustrato da originali autocromie, e materiato di personali osservazioni in eleganti pagine, edite da A. Maloine.

Qualche volta, se non sempre, è pur bello il ricordare, o, come disse Anatole France, *il est doux de se souvenir*. Lo sentono quelli che a Parigi, su lo scorcio del secolo passato, frequentarono l'istituto di Sant-Antoine, in una primavera di scienza, seguendo le osservazioni a serie; perle di collana, riposte nei secreti de *la Science souriante!*

A' tormenti e cimenti del tirocinio, essi andavano sostenuti da Lei, che sorride graziosa con chi l'ama. La dea, o benefica fata (com'è detta da Alfredo Trombetti), sta volentieri all'ombra, mentre rischiara il cammino al viandante.

M. Letulle vi procedette induttivamente per afferrare la realtà, indagata nella sua maggior interezza possibile; come da noi il Banti, Brigidi, Armanni, Salvioli, Bonome, Foà, Golgi, ecc.

Quello che è ovvio per chi sa, non l'è per chi ha ancora da imparare. Quando, perciò, si sono scorte le grosse e le fine alterazioni, c'è poi ancora da investigarne la genesi e natura; ascendendo dal fatto evidente all'ignoto, per il sentiero difficile nella ricerca della sede e causa dei mali.

Si avvistano così le interferenze delle *cause morbose esogene* del mondo esterno, dove ci si vive e ci si ammala per nocive energie fisiche, chimiche, biologiche (virulente, infettive), e delle *cause endogene* relative al mondo interiore organico, alla personalità umana, alla sua morfologia, auxologia (Godin), antropologia e biotipologia.

Il fenomeno postumo è descritto dal Letulle *tale quale è*, e l'indagine prosegue secondo il pensiero morgagnano, fisiopatologico e morfologico; integrati nello studio delle sinergie isto-chimiche, cellulo-umorali, alterate e risultanti nel dismorfismo. Trattasi dei due aspetti della materia o *massa*, e della forma o *energia;* nei quali si rivela il fenomeno della vita, nell'ampia concezione monistica di Friedrich Klimke.

(1) LETULLE M. *Le poumon*. Un vol. in-8° gr. di pag. x-721 con 120 tavole a colori. A. Maloine et fils, éditeurs. Parigi 1925.

L'azione lesiva, patogena si svolge negl'istochimici *fenomeni locali* (degenerativi, flogogeni, necrobiotici, ecc.) e *generali* (tossinemici, pirogeni, disemici, catabolici, astenici, ecc.); insieme con la reazione difensiva, protettiva, organica de' suoi elementi fissi e mobili, e loro processi regolatori, riparatori (proliferanti, immunogeni, citasici, ormonici, armosonici, linfo- ed emopoietici, ecc.).

Le due azioni mutue, instabili e diverse per qualità e per quantità, fan capo e si confondono nel dismorfismo morboso; espressione viva, variante d'organiche energie, dipartitesi e deviate dal tipo delle oscillazioni normali della cosidetta vita sana, o sanità, o salute.

*
* *

Davanti alla salma di chi *già fu uomo*, o *donna* — proprio come vuolsi nel dialogo shakespeariano tra il principe di Danimarca e il becchino — rivive all'osservazione un tetro dramma di sofferenze subite: dramma illuminato alla luce dell'indagine biologica intorno al *dove, come*, e *perchè* di esse.

Combien est vivant cette science! quando lo spirito incisivo e indagatore ci si addentra, e il bisturi e il microtomo squarciano i veli fitti, dove s'adombra e dirama l'essenza intima dell'insidia micidiale.

La medicina rischiarata *par l'ouverture des corps... étaints* disvelava così i secreti a Ombrédanne, Fuchs, Meslay, Sergent, Férouelle, Caboche, Nattan-Larrier, Cholet, Ghika, Spalletta, Fontoynont, Peron, Peaudecer, Keim, Cottu, Monscourt e altri rinfrancati al sorriso di Lei, nell'istituto di M. Letulle.

Nella nova êra Pasteuriana alla scienza riesce spesso, con savia mano rapida, di schiudere il corpo, anche a chi è vivo, e spiarne e sventare in tempo l'agguato mortale!

Le splenectomie, le appendicectomie, fatte per tempo, ne sono la prova risolutiva. Il che dicasi pure dell'intervento sovr'un primitivo focolaio d un blastoma, o eteroplasia maligna; e di qualunque altro aggredibile, per il quale l'intervenire sia la *necessaria ratio*, e non tanto l'*extrema!*

Per avere l'idea scientifica della lesione bisogna che questa sia esaminata non nel solo fenomeno locale o topico, ma anche nei rapporti reali o spurii d'esso con le rimanenti varie alterazioni; delle quali alcune *primitive* (protopatiche), altre *secondarie* (deuteropatiche).

Lo studio (se non si è monocoli) riguarda e l'etiologia e la patogenesi; i due elementi problematici delle interferenze causali, e delle contingenze, e complicanze nosologiche. L'etiològia specialmente adocchia le cause esogene, del mondo esterno (fisiche, chimiche, biologiche); la patogenesi s'addentra di preferenza nello studio delle cause endogene; relative a quel piccolo mondo, o microcosmo, che è l'organismo umano e la sua persona ne' suoi aspetti somatico e psichico, o fisiopsichico. Il problema complesso e vario, è perciò difficile nella risoluzione, e se dallo spirito indagatore non si riesce sempre a raggiungere quell'ideale cui aspirava Guido Banti ciò deve essere stimolo a perseverare, e procedere verso la conquista della realtà bramata.

Il problema complesso nell'indagine si sdoppia verso i due fattori, ma nelle risultanze e nello studio è unico per lo spirito inquirente di chi osserva e giudica.

*
* *

La giovinezza dell'albero secolare della scienza si continua in successivi germogli e polloni; e le cognizioni si succedono nel tempo, come *fronda in ramo che se 'n va, ed altra viene.* L'universalità degli studii scorre tra opere e giorni, alla sorgiva fonte degli affetti e memorie, dottrine e teorie, scoperte e... delusioni tuttavia fluenti. Pensieri! suscitati all'esame del volume *Le Poumon;* dove l'A., con oggettiva critica s'addentra nei problemi della fisio-patologia del polmone e pleura; e si rivela buon esploratore dei processi morbosi degenerativi e flogistici, specie delle *pachipleuriti.*

M. Letulle è lo studioso *de la Science des lesions, liée à l'Art du praticien. Elle lui rend de services incomparables, chaque fois que celui-ci est amené à formuler le diagnostic. Même en matière de thérapeutique, le médicin et le chirurgien ne peuvent pas ne pas tenir grand compte des* impedimenta, *voire de dangers que tels ou tels désordre matériels opposent à leur intervention.*

La nozione e l'idea ci si rinvengono perfette, in una sintesi riflessa, dopo l'analisi. Così l'A rivede, nella giubilazione, la sua scienza, la bella dea, quale gli è stata raffigurata dal *maître de style*, accennato da L. Babonneix.

A Parigi, a Sant-Antoine, si ricercò la vita attraverso la morte, e l'esoterica favella concisa dell'istopatologia vi echeggiò chiara, esatta, significante. La macabra scena delle spoglie mortali, tra fiori di memorie, si irradiò al riflesso delle pupille di Lei, veduta dal poeta

surgir de la nuit sombre au jour éblouissant.

Alla vecchiezza fiorita dell'onesto scienziato puro, l'augurio della fiorente longevità ultra morgagnana.

Egli, con la intensa coltura delle intelligenze, educa pur modestamente le anime giovanili dei goliardi.

Non gli potrà mancar mai la gratitudine loro; premio raro, preziosa mercede, degna di quell'aiuto che basta per approfondire, e per seguire il solco dell'alta Scienza.

Genova, 31 marzo 1926.

Prof. LUIGI CARLO MASSINI.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA.

L'asma costituzionale.

(R. SCHMIDT. *Medizinische Klinik*, 1926, n. 1-2).

L'A. ritiene necessario di mutare l'antica denominazione di asma bronchiale che non ha nessun significato in quella più propria ed adatta di asma costituzionale, con cui si rifiuta l'origine puramente nervosa della malattia e si afferma l'importanza del fattore endocrino o del complesso endocrino-vasomotorio-neurogeno.

Basi costituzionali dell'asma.

Anche quei numerosi studiosi che considerano l'asma come un caso speciale di fenomeni di ipersensibilità anafilattica non possono fare a meno di ammettere che sia necessaria una base costituzionale. Dei moltissimi individui che sono esposti alle cause esogene che possono provocare l'asma, soltanto relativamente pochi sono affetti da questa malattia, la quale esige pertanto una base costituzionale su cui impiantarsi.

Importante anzitutto è il tratto respiratorio; così il torace è spesso assai piatto oppure a forma alata, più o meno cifoscoliotico. È molto raro che le condizioni del naso e della faringe siano del tutto normali e non è infrequente il reperto di polipi, vegetazioni, ecc., che impediscono la respirazione a bocca chiusa; sono frequenti anche le tonsille ipertrofiche. Una delle caratteristiche costituzionali è l'eosinofilia del sangue, più frequente che non quella dello sputo. Per quanto riguarda l'apparato circolatorio, è da mettersi in rilievo il piccolo cuore a goccia, con aorta stretta e ipotensione. Nel volume del corpo si trovano i due estremi dell'obesità e della magrezza; nell'anamnesi sono da notare gli antecedenti scrofolosi e rachitici.

Dal punto di vista funzionale l'asmatico va considerato come in preda ad eretismo molteplice. Nel campo della psiche esso è caratterizzato da una grande eccitabilità, da labilità di umore, da facile esauribilità. È spesso affetto da gastropatie neurogene che accompagnano o si alternano con gli accessi: dolori gastrici mattutini, senso di pressione e bruciori allo stomaco, tosse gastrica, dolori con vomiti, pilorospasmi. Vi sono anche duodeno- ed enteropatie: enterite membranosa, diarrea premestruali che danno talvolta degli svenimenti, flatulenza, feci sottili, che fanno pensare a stenosi. La tendenza spastica si rivela anche nelle vie biliari con emissione di feci acoliche dopo gli accessi. L'iperirritabilità nel sistema circolatorio si manifesta con stati di orticaria generalizzati, di edemi anche circoscritti alle palpebre; od a tipo angioneurotico, con polso paradosso, angina pectoris funzionale, tachicardia parossistica. Interessanti sono anche i fenomeni cutanei; oltre all'orticaria, sono da notare gli eczemi, la facilità ai sudori, specialmente notturni che fanno sospettare la tubercolosi; anche i centri termoregolatori sono sensibilizzati ciò che che si manifesta con forti reazioni a deboli eccitamenti piretogeni.

Negli ultimi anni si è accentuata la tendenza ad inquadrare l'asma costituzionale nei limiti del problema anafilattico e ad incolpare della crisi d'asma un determinato fattore anafilattogeno, come, p. e., la forfora di cavallo. L'A., pure ammettendo la possibilità che in qualche caso si tratti realmente di questo, è contrario ad una generalizzazione in tal senso. L'uomo non è la cavia e non è al pari di questa molto disposto ai fenomeni anafilattici; lo dimostra anche il fatto che, nonostante molte iniezioni di siero e di proteine eterogenee, l'anafilattizzazione è piuttosto rara. Anche il valore delle intracutireazioni non deve essere esagerato; la pelle ha anch'essa le sue idiosincrasie che non sono necessariamente anafilattiche ma possono essere un particolare modo di reagire, il quale poi non è nemmeno elettivo, ma è orientato piuttosto verso un'allergia di gruppo.

Trattasi in complesso di uno stato di irritabilità e di sensibilizzazione, non già specifico, ma generalizzato ed i processi non specifici possono abbassare la soglia dell'eccitabilità in rapporto a tutto l'organismo o soltanto localmente sulla mucosa del tratto respiratorio.

Come processi di sensibilizzazione generale sono da considerare quelli infettivi cronici (tubercolosi, sifilide, malaria), l'alcoolismo, il nicotinismo, gli eccessi sessuali. Come processi di sensibilizzazione locale agiscono quelli infettivi con affinità per le vie respiratorie superiori; non è raro sentire che punto di partenza dell'asma è stata una influenza, oppure dei raffreddori cronici, o dei fattori irritanti.

Questi elementi non possono però agire senza la disposizione endocrina-vasomotoria-neurogena. Questa, più che in una ipertireosi ammessa da taluno, deve consistere in una particolare condizione del tono di origine cromaffine. In generale si può ritenere che con la costituzione asmatica, vi è la tendenza ad un'ipotensione arteriosa; è anche di notevole significato il fatto che, con lo stabilirsi del climaterio, l'asma tende a scomparire. Esso poi è frequentemente accompagnato da altri disturbi del ricambio, non mai dal diabete giovanile, astenico, ma invece dalla diatesi uratica, con sedimenti di acido urico, dolori reuma-

toidi, senza decise lesioni articolari. Frequente è anche la combinazione con la colelitiasi ed a disturbi nutritivi generali (obesità, magrezza).

Spesso si riscontrano tare patologiche negli ascendenti e nella parentela: gotta, pazzia, carcinoma. Vi sono poi malattie che tendono ad accompagnare l'asma ed altre che invece si mostrano raramente con esso. Abbastanza rara è la tubercolosi, almeno sotto i 40 anni; comunque, è più probabile che si stabilisca l'asma sopra una tubercolosi, anzichè il contrario; nei casi di associazione delle due malattie, è da rilevarsi la spiccata eosinofilia. Malattie che si associano all'asma sono: La colelitiasi, l'acloridria costituzionale, le crisi emolitiche, la cirrosi di Hañot, le aortalgie, il raffreddore da fieno. Rare sembrano invece l'ulcera gastrica, il morbo di Flaiani-Basedow, il carcinoma.

Vi sono poi equivalenti asmatici, fra cui sono da menzionare particolarmente i polipi nasali, l'eosinofilia sanguigna e l'orticaria.

Fenomeni parapnoici.

Possono essere di due ordini a seconda che si manifestano nella inspirazione o nella espirazione. Appartengono alla prima categoria: 1) la malattia dei sospiri; trattasi talora di un bambino il quale, evidentemente in conseguenza di una « fame d'aria » fa ogni tanto dei profondi sospiri, senza che si noti nel resto nulla di anormale. Non è infrequente che, dopo qualche anno, si sviluppi il tipico accesso d'asma, di cui i sospiri non costituiscono che lo stato prodromico. In tal caso, si è in presenza di uno stato subasmatico, con leggero broncospasmo e lieve tumefazione della mucosa bronchiale; il malato ha come la sensazione di non poter respirare a fondo; altre volte è invece il centro respiratorio che è ipoeccitabile; il malato si *dimentica* di respirare ed ogni tanto vi rimedia con un sospiro; oppure una grossa bolla d'aria nello stomaco comprime il diaframma e dà un senso di oppressione al cuore; 2) la malattia dello sbadiglio che spesso si combina alla prima; 3) il singhiozzo che è talora l'unico sintomo dell'asma latente.

I fenomeni parapnoici che si manifestano nell'espirazione sono: 1) la pseudopertosse: accessi di tosse secca, spiccatamente notturna che si manifestano in età infantile e sono sostituiti più tardi da accessi di asma; talvolta sono influenzati favorevolmente dall'atropina; 2) la malattia degli starnuti; l'asmatico non starnuta mai una volta sola, ma in serie, a salve; gli starnuti, la tumefazione improvvisa della mucosa nasale, il raffreddore fulmineo sono altrettanti equivalenti asmatici, che si accompagnano spesso a idrorrea e sono favorevolmente influenzati dall'adrenalina.

Interessanti sono due casi dell'A., in cui, subito dopo aver bevuto un bicchiere di birra scura, i pazienti avevano un'idrorrea nasale acutissima con accessi starnutatori. Come asma rudimentale possono interpetrarsi anche quei casi in cui si hanno dei sibili espiratori retrosternali, specialmente nell'andare a letto, senza febbre ed eventualmente accompagnati da improvviso « chiudersi » del naso, senza dispnea. La diagnosi è basata sulla fugacità dei sibili e sul loro pronto scomparire dopo una iniezione di adrenalina.

Decorso della malattia.

In parecchi casi l'accesso d'asma appare come un fulmine a ciel sereno, il che non toglie che esso fosse preceduto da segni della diatesi asmatica non riconosciuti, quali, p. es., dei catarri primaverili od autunnali. Sul principio gli accessi sono separati da intervalli di benessere che si vanno poi facendo sempre più brevi, mentre spesso aumenta la durata di ogni singolo accesso. Qualche volta gli accessi cessano del tutto, magari dopo una salita in montagna, oppure si hanno periodi di lunga latenza. Vi sono poi gli stadi tardivi di vero « stato asmatico » complicati da enfisema e debolezza del ventricolo destro.

L'accesso tipico offre poche difficoltà diagnostiche; per lo più notturno o mattutino (qualche volta spiccatamente diurno) è spesso preannunziato da sbadigli o flatulenza, da forte stimolo alla tosse; il malato sta a sedere sul letto, cianotico, in preda a profuso sudore, con sibili che si odono da lontano, con espirazione lunga, ansante, qualche volta il paziente avverte brividi o senso di calore (fenomeni vasomotori). All'ascoltazione si sente l'inspirazione leggera ed un'espirazione prolungata, con sibili e non raramente dei rantoli a piccole bolle inspiratori che possono mentire una forma tubercolare; l'iniezione di adrenalina fa scomparire i rantoli asmatici e può così chiarire la diagnosi.

Nulla di caratteristico si trova nello sputo; può essere importante una eventuale eosinofilia che però spesso manca del tutto.

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale, si tenga presente che nella aortalgia si può avere la stessa sensazione di pressione retrosternale, la quale però nell'asmatico non è mai veramente dolorosa ed è poco influenzata dai rapidi movimenti. Gli stadi iniziali possono essere confusi con la pertosse ed eventualmente con la tubercolosi, tanto più che, anche negli asmatici si ha una grande sensibilià alla tubercolina; la tubercolosi deve essere presa in seria considerazione nei pazienti oltre la quarantina nei quali essa talora complica l'asma. Quando si abbia una pressione arteriosa elevata, si considererà anche l'a-

sma cardiaco, in cui, oltre alle caratteristiche dello sputo rossastro, si hanno i segni dell'insufficienza cardiaca ed il reperto dell'edema polmonare. La dispnea nella stenosi tracheale (da gomme e simili) è caratterizzata dallo stridore inspiratorio. Nelle dispnee isteriche, da encefalite, da pneumonite, manca il reperto ascoltatorio dell'asma e si ha una dispnea soprattutto inspiratoria.

Terapia.

Deve essere indirizzata, da un lato ad evitare le cause nocive, dall'altro a prestare il vero soccorso terapeutico.

1) *Fattori climatici e meteorologici.* Sono particolarmente nocivi la primavera, l'autunno, le nebbie, l'umidità; ciò non toglie che anche l'aria secca porti nocumento. I cambiamenti di tempo, l'aria della sera bastano per provocare degli accessi. La polvere forma un capitolo a sè; nociva è quella dei cereali, del cemento ed in genere l'aria carica di polvere per cui la scelta della camera da letto deve essere oggetto di cure speciali.

2) *Azione del freddo.* Talvolta il freddo intenso favorisce gli accessi e così pure l'ingestione di una bibita fredda.

3) *Sostanze odorose.* Qualche volta l'accesso può aversi per determinati odori, ma sembra che questi non abbiano parte importante. Alcuni hanno accessi per l'odore di tuberose, altri per quello di catrame o di gas illuminante.

4) *Influenze del naso.* La presenza di polipi o la tumefazione della mucosa nasale può provocare l'accesso e così pure la secchezza della mucosa. Non sembra però che si siano ottenuti definitivi successi con operazioni nasali.

5) *Influenze di organi extrapolmonari.* Gli accessi premestruali riconoscono la stessa condizione che provoca pure i sudori o le diarree premestruali. Agiscono nel senso di favorire gli accessi i disturbi psichici, le cattive condizioni della digestione, l'affaticamento, i tossici (alcool, nicotina, caffè).

La terapia diretta può essere:

a) *Climatica.* Vi sono, di fatto dei climi favorevoli, fra i quali l'A. menziona Zara, Cortina, la Riviera; non bisogna però credere che tutti gli asmatici si trovino bene nei luoghi dove altri hanno pure migliorato.

b) *Fisica.* Il caldo ha indubbiamente un'influenza favorevole e sono consigliabili i bagni caldi, di luce, di sole, ecc.; così pure le pratiche idriatiche calde, avendo però sempre la precauzione di non far sudare troppo il malato.

c) *Proteinoterapia.* Appartiene a questa la terapia desensibilizzante e quella piretogena locale; buoni risultati si citano in seguito alle iniezioni di latte.

d) *Farmacoterapia.* L'A. vanta il trattamento con lo iodio e con i bromuri. Le diverse polveri antiasmatiche del commercio possono essere sostituite dalla semplice carta nitrata. Agiscono bene anche alcuni rimedi antineuralgici, specialmente la miscela di antipirina e caffeina e quella di aspirina-piramidone che calma il dolore retrosternale; l'aspirina poi renderebbe fluido il muco.

Le iniezioni di morfina, secondo l'A., agiscono talora meglio che quelle di adrenalina; bisogna però andar cauti con esse. L'adrenalina non agirebbe che per le sue facoltà antineuralgiche ed antiartralgiche, al pari dell'antipirina o del piramidone. Non bisogna poi dimenticare che l'adrenalina può dare delle brutte sorprese; l'A. ha osservato una volta lo stato epilettico, un'altra degli stati tetaniformi. Dei preparati adropinici è consigliabile l'estratto di belladonna che, a dosi di 5 cg. al giorno, può essere continuato per una settimana.

Raccomandata è altresì la terapia calcica che si può fare con le iniezioni di soluzione al 10 % di cloruro di calcio. Negli stati rudimentali (malattia dei sospiri) si può dare il validolo, la tintura di lobelia, la mistura oleoso-balsamica. Negli individui con stasi nel piccolo circolo, la digitale darà buoni effetti; nella tosse sono controindicati i narcotici e si daranno invece gli espettoranti.

Utile può essere la terapia di movimento purchè bene dosata.

In linea generale, si deve tener presente che nella maggior parte dei casi non è ammissibile la genesi esogena anafilattica, ma si tratta di una sensibilizzazione non specifica endogeno-esogena da cui risultano allergie ed iperergie a molteplice orientamento; sempre poi deve valere l'antica verità che si devono curare non già delle malattie ma bensì dei malati.

FILIPPINI.

Vertigine, collasso e shock nei loro rapporti col sistema nervoso vegetativo.

(H. COENEN. *Münchner med. Woch.*, n. 1-2, 1926).

L'osservazione delle diverse manifestazioni che si hanno nel corso di malattie cerebrali ha permesso di localizzare con sufficiente sicurezza i centri del sistema nervoso vegetativo. Questi centri devono essere localizzati alla base del diencefalo (ipotalamo, regioni che circondano il terzo ventricolo) e nel romboencefalo. Ad alterazioni di questi centri vegetativi sembra logico attribuire alcuni fenomeni morbosi che colpiscono il paziente in modo improvviso o rapido: il deliquio, il collasso e lo shok.

Deliquio è uno stato transitorio di perdita della coscienza, rilasciamento dei muscoli volontari,

disturbi vegetativi a carico dei vasi, delle pupille, delle glandole sudorifere, del polso e del centro del vomito; questo stato si inizia con manifestazioni di anemia cerebrale. Dopo pochi minuti la coscienza ritorna, talvolta tra lievi sintomi irritativi; l'accesso non lascia traccia. Il deliquio è sempre una reazione a stimoli psichici; questa modalità di reazione si osserva talvolta anche in individui sani e robusti, di solito però in individui deboli e labili (specialmente ragazze clorotiche e asteniche). È evidente una disposizione individuale al deliquio perchè le stesse persone vi sono soggette ripetutamente; la disposizione è determinata principalmente da un aumento della labilità vasale. La rapida scomparsa del deliquio non appena si faciliti l'afflusso di sangue al cervello (paziente a testa bassa) fa generalmente ritenere che il deliquio dipenda da una anemia cerebrale; la scarsezza di ossigeno dovuta ad uno spasmo delle piccole arterie cerebrali (l'alterazione deve infatti essere rapidamente transitoria come lo è il deliquio) paralizzerebbe i centri nervosi. Questo supposto angiospasmo deve colpire la corteccia se si ammette che questa sia la sede della coscienza.

Oggi però esistono seri dubbi sulla localizzazione corticale della coscienza; varie considerazioni sembrano indicare che essa si debba invece localizzare nel tronco cerebrale. Anche anatomicamente infatti è stato dimostrato che determinate cellule della corteccia sono ontologicamente coordinate a cellule del talamo. I centri del tono vasale, della secrezione del sudore, della dilatazione della pupilla e il centro del sonno sono stati definitivamente localizzati, nel diencefalo. Il deliquio è evidentemente in rapporto con alterazioni di questi centri più che con alterazioni della corteccia; la perdita di coscienza si spiega bene se si ammette che la coscienza sia localizzata nel tronco cerebrale. Gli stimoli psichici propagatisi al diencefalo per via vegetativa vi stimolano i detti centri vegetativi, cosicchè dopo alcuni prodromi dovuti all'anemia cerebrale (ronzio alle orecchie) si manifesta oltre a sudore, dilatazione della pupilla, un'anemia localizzata prevalentemente al tronco cerebrale e conseguente improvvisa perdita della coscienza. Lo stimolo si propaga poi per via vegetativa anche al nucleo del vago, al centro respiratorio, ai vasocostrittori del viso.

Invece i sintomi corticali (rilasciamento muscolare, perdita della sensibilità e delle funzioni sensoriali) sono in realtà soltanto conseguenze della perduta coscienza. Dunque secondo tale concezione il deliquio anzichè una sindrome corticale, sarebbe una sindrome vasale vegetativa del tronco cerebrale dovuta ad irritazione psico-riflessa dei centri vegetativi lì ubicati.

Il collasso è un crollo delle funzioni vitali. Di solito esso avviene in modo graduale continuo talvolta però in modo improvviso. La faccia del paziente è terrea, i lineamenti di maschera, la pelle è fredda ed umida. Mani, piedi, naso e orecchie sono cianotici. Da principio la coscienza è integra, il paziente è solo apatico o anche euforico. La coscienza scompare solo più tardi quando anche il cervello viene a soffrire per la scarsa sanguificazione. Il respiro è di solito profondo e lungo, i riflessi tendinei sono indeboliti o aboliti, mentre rimangono più a lungo conservati i riflessi plantari, pupillare e i riflessi meccanici dei vasi cutanei. Un sintomo grave che preannuncia il collasso è l'incrocio fra la frequenza del polso, piccolo filiforme e la temperatura.

Il sintomo cardinale del collasso è la debolezza circolatoria. Questa può venire determinata da diverse cause. Si distingue a seconda di queste, un collasso cardiaco, un collasso emorragico, un collasso infettivo, un collasso tossico. Il *collasso cardiaco* è uno stato di esaurimento del cuore in seguito a sforzi eccessivi, malattie del miocardio, vizi valvolari o azioni tossiche (cloroformio). Nel *collasso emorragico* invece la forza del cuore e il tono del centro vasomotorio rimangono da principio integri; però in seguito alla scarsezza di sangue la pompa cardiaca lavora a vuoto, la sanguificazione degli organi è insufficiente, i processi ossidativi diminuiscono, tutte le funzioni vitali si deprimono. Qualsiasi abbondante perdita di sangue esterna od interna può determinare questo collasso. Nel *collasso infettivo* predomina la lesione vasomotoria centrale; la forza del cuore è ancora integra quando il centro vasale più non reagisce agli stimoli. La pressione arteriosa diminuisce considerevolmente, l'organismo si dissangua nel territorio vasale dello splancnico paralizzato e dilatato all'estremo. *Collassi tossici* sono quelli nella necrosi del pancreas e il collasso anafilattico (erroneamente chiamato shok), e i collassi dai veleni prodotti dopo estese lesioni di tessuti ed ustioni. La forte diminuzione della pressione che accompagna questi collassi dipende principalmente dalla paralisi vasale centrale; nel caso della necrosi del pancreas, il collasso potrebbe anche dipendere da paralisi del vicino ganglio semilunare. La diminuzione della temperatura che accompagna il collasso è di origine centrale.

Il collasso è dunque una sindrome costituita da molte varietà differenti sia dal lato patogenetico che dal lato etiologico.

La patogenesi è invece unica nello shok.

Lo shok colpisce il paziente improvvisamente, come un accesso apoplettico. Esso viene determinato da stimoli nervosi eccessivi, o periferici (sensitivi) oppure centrali (psichici): in seguito a questi le funzioni vitali, e in primo luogo l'attività circolatoria, subiscono un indebolimento momentaneo. Varie teorie hanno cercato di spiegare lo shok: la teoria cardiaca, la teoria acidotica, la teoria acapnica, la teoria dell'alterazione dell'emoglobina, la teoria dell'intossicazione dei capillari da parte di veleni liberatisi da tessuti lesi. Più probabile di queste sembra però la teoria nervosa dello shok.

Secondo questa teoria, uno stimolo nervoso centripeto troppo intenso si propagherebbe al sistema nervoso vegetativo, paralizzerebbe il sistema vasale e in tal modo deprimerebbe tutte le funzioni vitali. Gli stati di schock sono caratterizzati da una paralisi generale. Di solito lo schok si manifesta quando un numero abbastanza rilevante di nervi centripeti è soggetto a stimoli eccessivi: cioè quando la regione soggetta alla violenza ha una grande estensione di superfice, in modo da condurre la somma enorme di impulsi periferici in larga proiezione al midollo, che poi li trasmette per via centripeta come una somma di stimoli al centro vasale. Perciò lesioni dei tessuti da strumenti ottusi e a superficie larga determinano lo schok più facilmente che non lesioni circoscritte da strumenti acuti. Lo schok si manifesta di solito dopo lesioni estese e molto dolorose: ustioni, ferite cutanee multiple, caduta nell'acqua fredda, contusioni estese o multiple, fratture vertebrali o del bacino, schiacciamenti o strappamenti di estremità, amputazioni, disarticolazione dell'anca. Il paziente colpito da schok è apatico, ha un'espressione indifferente, sensibilità e coscienza depresse ma conservate. Gli occhi sono infossati e privi di luce, le pupille ampie e torpide, cute e mucose pallide. La fronte è coperta da sudore, la temperatura subnormale, il polso appena percettibile; la respirazione è irregolare, esistono nausea, singulto, vomito. Non c'è vera paralisi perchè a richiesta il paziente muove torpidamente gli arti. Alcuni autori ammettono oltre a questa forma torpida di shok, anche una forma eretistica. Simile allo shok eretistico è lo shok psichico, determinato da intensi stimoli psichici; esso si osserva soltanto in individui neuropatici, in essi può mancare in tal caso l'obnubilamento iniziale della coscienza.

Lo shock si può dunque definire una depressione dei vasomotori di tutto l'organismo o di una gran parte di esso (addome), depressione determinata per riflesso da eccessivi stimoli periferici o psichici. Perciò il sintomo principale dello shok è l'improvvisa caduta della pressione. Questa, e l'associato disturbo circolatorio determinano gli altri sintomi: il polso piccolo, l'apatia, la cute fredda e pallida, la torpidità delle funzioni cerebrali e dei riflessi, forse anche l'ipotermia e la sudorazione.

La cura è facile nel deliquio: esso scompare se si mette la testa bassa.

La cura del collasso cardiaco consiste in iniezioni di canfora, strofantina, digitale; in caso di arresto del cuore, iniezione intracardiaca di adrenalina e massaggio della regione cardiaca o del cuore stesso scoperto. Nei collassi vasali si deve elevare la pressione del sangue: aumentando il tono vasale centrale, con caffeina, canfora e stricnina, il tono vasale periferico con adrenalina e ipofisina. Nel collasso postemorragico si praticano infusioni endovenose di soluzione di Ringer o di glucosio. Il rimedio migliore è però la trasfusione di sangue.

Mentre nel collasso traumatico la prima indicazione è quella di curare la ferita, nello shok traumatico l'irritare la ferita aumenterebbe il danno e lo shok. Anzitutto si deve cercare di innalzare la pressione del sangue coi detti eccitanti, di evitare l'ipotermia con somministrazioni di calore, di eliminare l'agitazione con la morfina.

Soltanto dopo eliminato lo shok, si procederà alla cura della ferita o all'operazione.

POLLITZER.

CHIRURGIA.

La cura preventiva dell'emorragia nella prostatectomia transvescicale.

(F. LEGUEU e A. GARCIN. *La Sémaine des hôpitaux de Paris*, t. II, n. 29, 1925).

Nell'operazione di Freyer il punto più difficile è l'emostasi.

L'emorragia, in genere, compare nel momento che si pratica l'enucleazione e nelle ore seguenti, ma può manifestarsi anche con ritardo, il 2°, 3°, 4° giorno quando si levano i tamponi, eccezionalmente al 10° o 12° giorno.

Queste emorragie sono di intensità variabile e dipendono dalle cause seguenti:

1) *Il volume dell'adenoma.* I grandi adenomi sanguinano di più, specialmente quelli nei quali l'enucleazione è laboriosa; i piccoli invece, nei quali per flogosi pregressa l'asportazione riesce difficile, sanguinano poco;

2) *Operazione in uno-due tempi.* La cistotomia determina una decongestione della prostata e l'operazione in due tempi, specie se l'intervallo è di più settimane, dà luogo a lieve emorragia,

3) *L'anestesia.* Usando il protossido d'azoto e l'etere l'emorragia è più accentuata che usando

il cloroformio. Con l'anestesia locale non si è verificata alcuna modificazione nell'intensità dell'emorragia, mentre la rachianestesia, per una azione secondaria vaso-dilatatrice, dà spesso luogo ad emorragie accentuate.

Il Walker ha consigliato di praticare l'emostasi diretta, facendo una larga breccia, ma le ricerche anatomiche fatte dagli AA., iniettando nei vasi vescicali sostanze opache ai raggi X, hanno dimostrato come nella loggia prostatica non vi siano veri e propri peduncoli vascolari, ma semplice zona arteriosa pericervicale.

Il tamponamento quindi, rimane il metodo di scelta, pur presentando i seguenti inconvenienti:

1) La presenza del tampone dà luogo a contrazioni dolorose, non poco dannose per individui già debilitati;

2) Con la compressione di una zona cruentata, si facilita l'assorbimento, e quindi l'infezione;

3) *L'emostasi non è mai perfetta.*

Per ovviare gli inconvenienti del tamponamento gli AA. hanno cercato di aumentare la coagulabilità del sangue.

Legueu e Decaurt hanno, con esperienze, dimostrato come nei prostatici la coagulabilità varia da 9 a 13 minuti, mentre normalmente varia da 6, 7, 8 minuti.

Dal punto di vista della reazione sanguigna, l'organismo dopo la prostatectomia si comporta come nelle emorragie in genere, presentando dopo l'intervento o per 4-5 giorni, un periodo di ipocoagulabilità, seguito da uno di ipercoagulabilità, della durata di 3-4 settimane, con un massimo nel terzo giorno dell'intervento.

Allo scopo di accrescere la coagulabilità del sangue gli AA. hanno preconizzato l'uso dell'Anthema (una iniezione la sera avanti e nel mattino dell'operazione). Queste iniezioni abbreviano la durata dell'ipocoagulabilità post-operatoria, potendo così togliere il tamponamento il giorno dopo o passati due giorni. Allo stesso scopo sono state usate le iniezioni endovenose di cloruro di calcio al 5%, nella dose di 10-20 cmc.

Essi consigliano la seguente tecnica. Nei cinque giorni che precedono l'operazione, si pratica una iniezione giornaliera endovenosa di cloruro di calcio al 5%. Due giorni prima e la sera avanti l'intervento, iniezione intramuscolare nella regione glutea, di 10 cmc. di Anthema.

Con questa tecnica in 30 prostatectomie, hanno potuto fare a meno del tamponamento.

Siccome però tale metodo potrebbe non riuscire efficace negli ipertesi affetti da insufficienza epatica, consiglia sempre di misurare la pressione arteriosa.

T. LAURENTI.

Risultati immediati e lontani della prostatectomia soprapubica.

(SALVINI. *Journal d'Urologie*, 1925, n. 2, tomo XX).

L'A. riferisce sugli esiti avuti in 180 operati nel reparto del prof. Marion, all'Ospedale Lariboisière, di Parigi.

Tra gli incidenti operatori ricorda primo le ferite del peritoneo che sono rare ma che possono essere abbastanza gravi. Tale incidente si verificò una sola volta.

Marion invece della sutura si limita a ostruire la breccia peritoneale con un tampone che toglie fra il 4° ed il 5° giorno.

Emorragie. — Questa complicazione, molto frequente, non ha mai determinato in nessuno degli operati il decesso. Essa si è verificata 8 volte su 180 casi. In casi di emorragie Marion consiglia di togliere i coaguli contenuti nella vescica. Spesso basta questo vuotamento perchè l'emorragia si arresti; ma se si riproduce, è necessario rimettere un tampone nella cavità prostatica. Non esiste rapporto fra il volume della massa adenomatosa e l'emorragia.

Lacerazione dell'uretra membranosa. — Tale incidente è molto grave e finisce con un restringimento, come si è verificato in due casi sui 180 studiati.

Infezione della ferita e fenomeni infettivi generali. — L'infezione si è verificata una sola volta su 180 casi e si è manifestata con un flemmone che ha ritardato la chiusura della fistola per circa tre mesi. In un altro caso si è notata una infezione generale 5 giorni dopo la prostatectomia.

Orchiti. — Questa complicazione è la più frequente, per evitarla Marion pratica preventivamente la legatura e la sezione dei canali deferenti.

Chiusura chirurgica della ferita. — Sedici volte si è dovuto ricorrere all'intervento su 180 operati ritardando la fistola a chiudersi spontaneamente. Marion consiglia a questo proposito che quando una fistola soprapubica per prostatectomia non si chiude spontaneamente, dopo 35 giorni è opportuno resecarla, scollare le aderenze e praticare la sutura a tre piani.

Flebiti. — Questa complicazione si è riscontrata 2 volte su 180 casi.

Cateterismo. — In due casi il cateterismo fu difficile.

Risultati immediati della prostatectomia. Minzione e vuotamento della vescica. — Tutti gli operati, dopo aver tolta la sonda a permanenza, orinarono spontaneamente. In un certo numero (57) nei quali fu necessario praticare cateterismi consecutivi l'emissione dell'urina si è verificata nella settimana dopo la chiusura della fistola; 42 vuo-

tavano completamente la loro vescica e 15 non la vuotavano che parzialmente.

Modificazione delle urine. — In un gran numero dei casi le urine dopo la prostatectomia rapidamente si chiarificarono in media dopo 10 o al massimo 20 giorni. Marion consiglia di sorvegliare questi malati e di praticare occorrendo lavaggi o istillazioni quando le urine persistono ad essere torbide o purulente.

Per quanto si riferisce ai risultati lontani l'A. ha potuto avere notizie di 148 malati di cui 85 si presentarono all'Ospedale e 63 risposero a delle domande che furono loro rivolte per iscritto.

Minzione e vuotamento della vescica. — Su 127 malati la minzione era facile, solamente 11 avvertivano leggiera dolorabilità alla fine. Nessuno si servì mai della sonda per vuotare la propria vescica. Il numero delle minzioni è stato variabile; 4 operati non orinavano mai durante la notte; 122 ebbero minzioni 1 o 2 volte; 20 da 4 a 6 volte; nella giornata 114 avevano minzioni 5 o 6 volte; 31, 7 o 8 volte; 3 ogni ora. L'A. ha potuto rintracciare il residuo vescicale in 85 operati; in 72 non vi riscontrò alcun residuo e 13 presentarono un residuo variabile da 20 a 90 grammi.

Caratteri delle urine. — In 119 operati le urine si presentarono limpide, in 19 invece persistevano torbide.

Funzioni genitali. — Su 85 operati le funzioni genitali erano eccellenti in 12, buone in 48 e cattive in 25.

Calcoli vescicali. — Tre operati presentavano dei calcoli dopo essere stati liberati della loro prostata: in due si trattava di vecchi affetti da calcolosi renali, in uno non vi era nessun antecedente calcoloso e si riscontrarono 2 calcoli dopo 7 mesi dalla prostatectomia.

Cistiti incrostate. — Questa complicazione si è riscontrata in 4 casi e Marion l'attribuisce alla soppressione troppo rapida del drenaggio.

Restringimenti. — In due malati si è verificata questa complicazione e rispettivamente dopo 3 mesi e dopo 7 mesi.

Incontinenza d'urina. — Questa complicazione non si è riscontrata in nessun malato definitivamente. In 12 malati dopo che fu tolta la sonda a permanenza si presentò incontinenza che scomparve a poco a poco praticando la dilatazione con le Benniques.

Minzioni imperiose. — In due malati la minzione si presentava imperiosa ed avevano urine torbide e minzioni frequenti.

Condizioni dei reni dopo la prostatectomia. — La prostatectomia, sopprimendo definitivamente l'ostacolo della stasi delle urine della vescica, esercita una favorevolissima influenza sui reni stessi a meno che in essi non vi siano delle lesioni troppo avanzate ed in tal caso essendo fortemente compromesso il suo parenchima non riprenderà perfettamente le sue funzioni normali ma migliorerà temporaneamente il suo potere escretorio.

Risultati lontani sullo stato generale. — Nel 70 per cento degli operati le condizioni generali furono migliorate enormemente.

Complicazioni tardive della prostatectomia. — In soli 3 casi si è avuto un leggiero eventramento che si è manifestato dopo gli sforzi due mesi dopo l'operazione. In altri 3 casi si sono notate le emorragie tardive.

Recidive. — Se esistono, sono rarissime. In 180 casi non se ne è riscontrata alcuna. Quando si verificano come giustamente asserisce Marion le recidive di ipertrofia della prostata non sono in realtà delle recidive ma non sono altro che la continuazione di adenomi dimenticati durante l'operazione specie nei casi in cui vi siano degli adenomi aberranti.

La mortalità operatoria globale è stata del 7.2 %.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

M. MAURIZI. *La pneumonite e le infezioni pneumococciche a localizzazione e manifestazioni cliniche meno frequenti.* Casa ed. Flori, Jesi, L. 60.

L'interessante volume è diviso in due parti; nella prima l'A. si diffonde, in modo dettagliato, sulla morfologia e sulle proprietà batteriologiche e biologiche del pneumococco, sulla etiologia, patogenesi ed anatomia patologica di tutte le varie forme cliniche della pneumonite.

L'A. nulla ha trascurato in proposito, ed illustra diffusamente delle localizzazioni extrapolmonari del pneumococco. Descrive con la massima chiarezza il quadro clinico, e tutte le ricerche semiologiche inerenti alla diagnosi differenziale.

Alcuni capitoli in special modo, come la pleurite, la pericardite, la meningite, la peritonite e la nefrite da pneumococco sono veramente completi, con ricchissime osservazioni personali, che ne fanno un lavoro interessante, da essere consultato utilmente dagli studiosi. Sulla dibattuta questione se la mucosa dell'intestino allo stato normale può rappresentare una via di eliminazione del germe in parola, l'A. porta un importante contributo personale.

Trattasi di un lavoro critico, e nelle questioni non ancora risolute, l'A. cerca di approssimarsi più che sia possibile al vero. Abbondano commenti e rilievi personali che fanno onore all'A.

per il lungo studio e per la buona pratica clinica. Completo in tutte le sue parti, il libro forma una raccolta dottrinale assai vasta, sopra un argomento della massima importanza, non ancora completamente studiato. La Casa editrice Flori di Jesi, ne ha curato in modo encomiabile la veste tipografica, formando un bel volume in-8° di pagine 500, stampato su carta di lusso, con nitidissimi caratteri.

A. R.

LÉON BERNARD. *La tuberculose pulmonaire. Études de Physiologie.* Masson et C.ie édit. Paris 1925.

È la seconda edizione di un'opera che, in mezzo a critiche disparate, ottenne vivo successo. Non è un trattato sulla tubercolosi, ma l'esposizione in quindici capitoli delle più scottanti questioni di attualità nel dominio della tubercolosi: delle quali questioni ricorderò il problema sociale della tbc., la questione delle misure legali in tema di tbc., la terapia pneumotoracica della tbc., le relazioni maternità e tbc., ecc.

In ciascuna l'A. apporta il proprio personale contributo di idee e di fatti, mostrando come, e nelle discussioni patogenetiche e nella profilassi e nella terapia, Clinica e Laboratorio debbano mutualmente illuminarsi per l'esatta diagnosi, per prevenire, per curare l'infezione bacillare.

MONTELEONE.

R. BRUNON. *Causes, prophylaxis, traitement de la tbc. pulmonaire.* Doin éditeurs. Paris 1924.

Il libro, dettato da mente vivace e rivoluzionaria, è diretto ai medici pratici fattori in potenza di quella « révolution dans nos moeurs » intravista dal Brunon (direttore della Scuola di Medicina di Rouen) quale mezzo per riuscire a padroneggiare l'infezione. La « révolution dans nos moeurs » governata dal buon senso latino, dovrebbe infrangere il dominante meccanicismo teutone che riducendo la verità scientifica ad un congegno di ruote dentate, porta all'oblio dell'osservazione clinica, dell'esatta analisi dei fatti, quel meccanesimo, quella ingegnosità che trascura l'esperienza, sorgente prima delle nostre conoscenze.

Un libro dettato in tal guisa non può non essere audace, ma esaminandone i capitoli riguardanti il contagio, le concause dello sviluppo della malattia, ed in special modo quelli riguardanti la terapia fisico-igienico alimentare, con maestria originale tracciati, ci è giocoforza apprezzare e prender buona nota della ricca documentazione apportata anche se dissenzienti nel relegare in soffitta gli studi decennali di biologia, le controllate ricerche di laboratorio, siano esse indigene od importate.

MONTELEONE.

G. DELAMARE. *Spirochétoses respiratoires stomatogènes.* Un vol. in-16° di 146 pag. con fig. Masson e C., Parigi, 1925. Prezzo frs. 7.

Numerose sono le manifestazioni respiratorie occasionate dalla presenza delle spirochete nelle vie respiratorie e nella pleura. Su di esse l'A. ha scritto una monografia basata su molti documenti; si troveranno, accanto a fatti debitamente controllati, i concetti in evoluzione e le teorie tuttora discusse.

Precede un'introduzione storica in cui l'A. indica l'origine e la varietà delle osservazioni, le modificazioni successive della fisonomia clinica dell'affezione e specialmente le ricerche su di essa compiute durante l'epidemia influenzale del 1918-19. Tratta poi a fondo l'eziologia, la sintomatologia, la diagnosi, la cura, diffondendosi particolarmente sull'esame microscopico, l'anatomia patologica e la patologia sperimentale.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 28 febbraio 1926.

Presidenza del prof. GAETANO IAPPELLI, presidente.

Autoemoterapia integrale nel tracoma.

Prof. ARNALDO ANGELUCCI. — È noto che il tracomatoso ha una speciale costituzione; esso è un linfatico, il più delle volte un essudativo, un adenoideo in cui le reazioni patologiche della congiuntiva si associano con quelle della mucosa nasale nel 20 % dei casi, del faringe nell'80 %, delle tonsille laringee e palatine nel 20 %. Il linfatico tracomatoso, ha sovente la forma oculare unita ad una malattia della pelle, perciò l'occhio, come la cute, risente gli effetti dell'autointossicazione intestinale.

Ad esempio l'eczema impetiginoso della faccia dipendente da autointossicazione intestinale è quasi di regola accompagnato da forme pustolose della cornea.

I dermatologi ottengono ottimi risultati con l'autoemoterapia appunto nelle forme essudative della cute.

L'autoemoterapia guarisce gli infiltrati corneali del tracoma, il panno corneale, anche esse forme essudative. La rapidità della guarigione è comune tanto alle forme essudative dell'occhio quanto agli eczemi essudativi.

La biopsia nelle diverse forme di linfoadenie.

Prof. VINCENZO TRAMONTANO. — L'O. pone in evidenza le difficoltà cliniche per la diagnosi differenziale tra diverse affezioni delle linfoglandole dette genericamente pseudoleucemie. L'O. ha esaminato tredici linfoglandole asportate per biopsia, accertando sei casi di linfogranuloma maligno, quattro di tubercolosi, due di pseudoleucemia di Cohnheim ed uno di linfosarcoma tipo Kundrat. In tutti i casi le diagnosi precedenti erano state di tubercolosi. Secondo l'O. spesso il morbo di Paltauf-Sternberg è confuso con la tubercolosi ciò che viene evitato con la biopsia di nessun danno per il paziente e di grandi vantaggi per la prognosi.

Su una malformazione renale.

Prof. SALVATORE FABOZZI. — A un giovane uomo, senza sintomi speciali da parte del rene, quindi impossibile la diagnosi clinica, venne, con laparotomia, asportato un tumore pluricistico, esistente nella fossa ileo-cecale.

Colle ricerche istologiche, sul tumore praticate, potettesi assodare trattarsi del rene destro, ectopico e, per malformazione embriogenica, trasformato in un labirinto di cavità cistiche, comunicanti fra loro e con una più grossa centrale.

La parte superficiale d'ogni cavità, formante la superficie, si mostrò costituita da tuboli e formazioni vascolari, che, normalmente, rappresentano la sostanza cortico-renale o ghiandolare propriamente detta. Mancano i tuboli retti, quindi non s'ha suddivisione in piramidi del parenchima, e manca, per tal fatto, la sostanza midollare. Dall'apertura d'un cordone pieno, d'epitelio formato, il quale epitelio si trasforma in cilindrico alto, si forma il rivestimento alla cavità centrale e alle altre costituenti il labirinto. Le pareti di tutte le cavità sono costituite da connettivo con leiofibre muscolari. S'è avuto l'abbozzo al bacinetto e alla pelvi renale. Però l'epitelio ureterale non ha integrato i tubi escretori o retti, ma poggia sempre su uno strato di connettivo che lo divide dalla sostanza secernente. Quindi il tratto d'unione, dei tuboli urinigeni, termina a fondo cieco, per non essersi potuto unire al tubolo retto, di genesi ureterale, perchè questo non s'è formato in alcun tratto di ciò che sarebbe dovuto essere sostanza midollare del rene.

Si può ammettere una diversità d'epoca nello sviluppo dei due germi, da cui embriologicamente, nasce l'organo renale. Il nefrogeno ha incontrato l'ureterale o un po' più tardi o in maniera anomala, per cui l'epitelio ureterale ha trovato una barriera di connettivo insuperabile, e non adatta a permettere la penetrazione delle gemme epiteliali atte a formare la parte urinifera del rene. Dal fenomeno patologico si riceve una conferma del processo embriogenico.

Dalla morfologia della sostanza corticale, ghiandolare, si desume la sua quasi interezza funzionale. A spiegare il destino dell'orina formata, si può invocare una iperfunzione delle anse gracili, normalmente costituite, e una minore produzione di orina. Quindi si può ammettere che l'orina elaborata venga riassorbita dalle anse gracili. Sarebbe una conferma della funzione del tratto del tubolo urinigeno.

Siccome però per la mancata unione fra le due porzioni, la urinigena e la urinifera, s'è ammesso costituire un sostrato anatomico alla spiegazione della istogenesi del rene policistico, e, nel caso, congenitamente non si notava tale fusione, senza aversi integrazioni di cisti, si può ammettere per queste altra genesi. Spiegato il fenomeno delle anse gracili, può concepirsi, nel rene policistico della infanzia e dell'adulto, l'inclusione di germi del rene primordiale entro il parenchima del rene definitivo. I quali germi, funzionando indipendentemente dal rene normale, costituirebbero il sostrato anatomico al rene policistico.

Pel rene policistico del neonato, siccome il caso è un fatto congenito e senza formazioni cistiche, potrebbe ammettersi un duplice arresto di sviluppo: la mancata fusione del germe ureterale col nefrogeno, quindi l'integrazione della continuità dei tuboli urinigeni con gli uriniferi, e un arresto di sviluppo o una parziale evoluzione di buona parte delle anse gracili.

Quindi dalla malformazione, rara a riscontrarsi, del rene destro, che è il caso studiato, si hanno considerazioni varie: conferma della genesi del rene da due germi; dimostrazione della funzione delle anse gracili. Come pure intuizione di istogenesi diversa, da quella dalla maggioranza ammessa, nella formazione del rene policistico dell'adulto, e un concetto anche diverso per la costituzione del rene policistico del neonato.

A. CHISTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

I dolori epigastrici e il loro valore comparato per la diagnostica.

R. A. Gutmann (*Presse méd.*, dicembre 1925) rileva che il dolore nelle affezioni dello stomaco può avere valore diagnostico differenziale non tanto per la sua localizzazione o irradiazione o intensità, nè per i soliti fenomeni concomitanti che l'accompagnano spesso (peso, bruciore, ecc.) quanto perchè può essere diminuito con manovre antalgiche diverse nei vari casi. Così ha importanza l'*atteggiamento del malato* nelle crisi dolorose, piegato in due, seduto nell'ulcera, steso sul dorso nella colica epatica, agitato e continuamente in movimento sul letto nella colica renale; *il vomito* quale sedativo del dolore come nelle stenosi piloriche o nell'ulcera gastrica; l'*ingestione di alcalini* e quella di *alimenti*, come nell'ulcera duodenale.

Un altro carattere importante del dolore è il suo momento d'insorgenza nella giornata e la sua distribuzione nel corso della malattia. L'A. a questo proposito distingue il dolore continuo a carattere costante con esacerbazioni più o meno evidenti dopo i pasti, indice di affezione organica, ma extragastrica, e il dolore che muta carattere, proprio di affezioni nervose pure. Infine il dolore periodico di mesi, intercalato da periodi di benessere, in dipendenza dei pasti, come nelle dispepsie iper- o iposteniche, idiopatiche o secondarie ad ulcera; o periodico di giorni (da 5 giorni a 3 settimane) tipico dei malati di ulcera gastrica Ancora dolori bruschi che durano meno di 5 giorni seguiti da lungo periodo di calma come nelle crisi vescicolari e dolori bruschi, violenti, isolati, come nelle crisi gastriche tabetiche, colica pancreatica, renale e vescicolare.

M. CAJA.

Il dolore nelle affezioni renali.

Le affezioni renali, osserva O. Pasteau (*Journal Médecine et Chirurgie*, febbraio 1925), sono suscettibili di provocare dolore sia per la tensione della capsula fibrosa del rene, quand'esso è congesto, sia per la distensione del bacinetto. Il fattore infezione interviene aumentando il dolore nelle medesime circostanze. Il dolore può essere localizzato posteriormente nell'angolo costo-muscolare, anteriormente a livello della decima costa, nel punto ureterale superiore, medio e inferiore. Il dolore si può irradiare anche a distanza in genere verso il basso lungo il percorso dell'uretere, fino al pube, regione inguino-crurale. Eccezionalmente può il dolore essere avvertito nella regione renale sana (dolore renale crociato).

Il dolore situato nella regione renale può essere mentito da una lesione del fegato, dell'appendice (a destra), della colonna vertebrale, dell'intestino, da una semplice lombaggine. La presenza e l'intensità del dolore renale non sempre sono in rapporto coll'estensione e la gravità della lesione anatomica del rene malato, anzi spesso manca il dolore pur esistendo un grave processo distruttivo del rene (p. e. tumori).

Per la terapia del dolore renale applicazioni caldo-umide e rivulsivi per diminuire la congestione, cateterismo degli ureteri, distensione semplice della vescica per combattere la distensione del bacinetto.

Antisettici per os o per lavaggi della pelvi se concomita l'infezione. Naturalmente appena possibile bisogna applicare la terapia causale.

M. CAJA.

La sede del dolore nella pielite.

Molti sono i punti dolorosi nelle pieliti; fra questi si trova facilmente, ma non costantemente quello del punto di Mac Burney che può mancare nelle gravide, si ammette da altri la possibilità, non però comune di provocare dolore esercitando una lieve pressione per la via vaginale sul punto dove l'uretere sbocca in vescica.

Non manca mai la dolorabilità alla regione renale, troppo vaga però perchè su di essa si possa fondare una diagnosi sia pure di probabilità. E. Cova (*Riv. ital. di ginecologia*, 1925, n. 4) precisa tale punto che sarebbe limitatissimo, non più esteso dell'apice di un dito. Esso corrisponde all'angolo formato dal margine esterno del muscolo quadrato dei lombi con l'ultima costa. Data la direzione obliqua dell'ultima costa e quella verticale del quadrato dei lombi, teso quasi verticalmente fra il margine inferiore dell'ultima costa e la cresta iliaca, l'angolo che si forma tra essi è acuto. In tal punto la parete è anche un po' più depressibile, perchè manca la resistenza di muscoli di un certo spessore.

Il dolore si rivela soltanto alla pressione, la quale però, se esercitata un paio di centimetri distante dal punto stesso, rimane del tutto indifferente. Qualche rara volta, il punto doloroso è situato un poco più in basso, 1-2 cm. sotto la costa, sempre lungo il margine del quadrato dei lombi.

Da ricerche fatte dall'A., tale punto avrebbe valore patognomonico.

M.

CASISTICA E TERAPIA.

L'impetigo contagiosa dei neonati.

L'impetigo contagiosa dei neonati è una malattia cutanea infettiva che si presenta nei bambini di pochi giorni e che costituisce talora un grave problema per le maternità le quali debbono talvolta chiudersi per impedire il propagarsi della malattia. Essa è nota anche coi nomi di pemfigo dei neonati, dermatite esfoliativa, impetigo contagiosa bollosa.

La malattia è caratterizzata dalla formazione di vescicole e di pustule e talvolta da esfoliazione degli strati superficiali dell'epidermide. La prima lesione è costituita da una piccola vescicola con base leggermente infiammata od iperemica, che si osserva sopra le parti esposte, come faccia e mani e si estende alle superfici umide che si oppongono, quali l'ascella, l'inguine, il collo. Talora le vescicole guariscono senza estendersi, dando luogo ad una piccola crosta che può anche mancare; altre volte invece le vescicole si estendono perifericamente e si uniscono in una larga pustola, di cui il liquido, dapprima chiaro, diventa torbido, e fuoriesce con la rottura della pustola stessa. Nei casi gravi e fatali, si hanno larghe aree di cute denudata, analoghe a quelle che si hanno nelle ustioni e formatesi per l'estensione o la coalescenza di parecchie bolle.

Sul principio il bambino, tranne il disagio per la esfoliazione cutanea, non ha sintomi generali. Nei casi gravi invece si ha una condizione settica generale con temperatura subnormale, dovuta all'assorbimento di tossine ed a difetto di eliminazione attraverso le aree di cute denudata e morte in breve tempo. La prognosi dipende dalla rapidità dell'esfoliazione e dalla resistenza generale del bambino.

D. L. Belding (*Amer. Journ. of Obst. a. Gynecology*, gennaio 1926) ha trovato che in tre epidemie studiate l'agente che si trovava in prevalenza era lo stafilococco piogeno aureo; occasionalmente si sono riscontrati l'albo e lo streptococco emolitico. Lo stipite isolato non dava nessuna lesione cutanea nelle cavie e nei conigli, nell'uomo dava reazione infiammatoria non vescicolare, nel bambino invece una tipica lesione esfoliativa. Tale stipite dava acido con glucosio, saccarosio, lattosio, maltosio, levulosio e mannite, ma non in raffinosio, salicina ed inulina; negli altri caratteri era del tutto simile al consueto stafilococco.

La vitalità dello stafilococco rende possibile la trasmissione della malattia anche per mezzo di progetti inanimati oltre che per mezzo di esseri umani e rende assai difficile la disinfezione negli ospedali infetti. Nelle epidemie osservate dall'A. la trasmissione è avvenuta probabilmente per mezzo delle infermiere e degli oggetti da esse adoperati. La variazione nelle differenti epidemie è dovuta probabilmente a differenze negli stipiti infettanti; la differenza fra i sintomi clinici nel bambino e nell'adulto dipende dalla diversa resistenza cutanea.

Più che alla cura dei bambini infetti si dovrà pensare alla profilassi dei sani, usando tutte le possibili precauzioni, isolando gli infetti e le loro madri, curando la scrupolosa pulizia e la disinfezione dei guanti delle infermiere ed evitando ogni contatto dello stesso materiale fra diversi bambini.

fil.

La necessità di curare l'acne giovanile.

Ch. Dubois (*Revue médicale de la Suisse Romande*, dicembre 1925) insiste sulla necessità di curare l'acne giovanile per il deturpamento del viso che essa porta e per la possibilità che sulle cicatrici residue si impiantino dei tumori epiteliali.

L'acne giovanile è un'affezione specifica delle ghiandole sebacee ed ha come lesione primitiva il comedone, il quale non è altro che un corpo estraneo che ostruisce l'orifizio ghiandolare ed è formato da un accumulo di cellule di grasso e di detriti parassitarii; l'estremità esterna è nera. Spesso il comedone provoca una reazione infiammatoria e, se si trovano inclusi dei germi della suppurazione, si ha una reazione più o meno intensa che può guadagnare la profondità e confluire con altre ghiandole sino a richiedere l'intervento col bisturi.

L'acne è una malattia familiare in quanto che si trasmettono le condizioni del rivestimento cutaneo che creano la predisposizione. Non bisogna dare grande importanza nella genesi dell'acne alle malattie degli organi dell'economia; invece è assai importante la cura locale.

La profilassi dell'acne esige un'igiene cutanea minuta e paziente. Tutti i comedoni che si incominciano a vedere sulla pelle dei fanciulli debbono essere espulsi dalla ghiandola sebacea, ciò che deve farsi dal medico con la pressione digitale.

Bisogna inoltre lavare il viso con una miscela di sostanze che sciolgano i grassi: xilolo, benzina, etere di petrolio a parti uguali. Il momento più adatto per tale lavanda è la sera prima di andare a letto, si compie così anche un buon

massaggio che regola le funzioni ghiandolari. Se il massaggio profondo, sempre accompagnato da una disinfezione completa, lascia la pelle fortemente irritata e gonfiata non si deve preoccuparsi perchè trattasi di disturbi che scompaiono presto.

Se l'acne è suppurata, si deve procedere allo svuotamento per evitare cicatrici deformi. Nelle forme diffuse agisce bene la pomata allo zolfo e la radioterapia. Talvolta l'acne è resistente alle cure perchè sostenuta da disturbi intestinali; in tali casi, l'A. consiglia di raccomandare una masticazione completa degli alimenti e l'uso di qualche disinfettante intestinale. Negli anemici la guarigione è agevolata dalla somministrazione di arsenico e di ferro.

Gli estratti ghiandolari come la proteinoterapia sotto tutte le forme danno risultati discordi e raramente duraturi. Secondo l'A., fra i medicamenti interni, il più efficace è lo stagno colloidale per iniezioni sottocutanee.

fil.

La profilassi dei patereccì e dei flemmoni delle dita con la stasi venosa.

È nota la frequenza con cui si verificano dei patereccì e dei flemmoni in seguito a piccole lesioni delle dita; l'uso della tintura di iodio ha certamente impedito molte di tali complicazioni, ma ciò non toglie che se ne verifichino tuttora.

Per prevenirle, Delassus (*La Presse médicale*, 21 novembre 1925) consiglia il metodo seguente che non è altro se non un'applicazione del sistema di Bier.

È all'inizio che si deve agire, quando la ferita si è infettata ed il patereccio si va preparando. Si usa un tubo di gomma, p. es., un tubo da drenaggio di piccolo diametro, con cui si circonda il dito alla prima o seconda falange e lo si stringe facendo un nodo. Il dito deve diventare rosso-bluastro; la sensazione di battito scompare ed il malato prova un senso di sollievo; il dolore alla pressione attorno alla ferita cessa ed è questo un primo beneficio assai apprezzato dal paziente. La lesione locale cessa di estendersi; la ferita, se ve n'è una aperta, emette della sierosità ed in poco tempo si avvia verso la guarigione. Non si deve cessare la stasi troppo presto, poichè, all'inizio l'infezione non è che attenuata e potrebbe continuare se la circolazione riprendesse il suo andamento normale.

D'altra parte lo stesso malato è poco disposto ad abbandonare il laccio che lo ha sollevato dal dolore.

In mancanza del tubo da drenaggio, qualunque striscia di gomma può servire allo scopo; non sono consigliabili gli anelli perchè con essi la pressione si regola male.

fil.

La dermatite da cerotto adesivo.

H. W. Siemens (*Münch. med. Wochens.*, 7 agosto 1925) richiama l'attenzione sulla possibilità che in seguito all'applicazione di cerotto adesivo (Pflaster) si sviluppi una dermatite, di cui egli ha osservato parecchi casi. Tale dermatite che si manifesta anche dopo soltanto 24 ore dall'applicazione, può essere semplicemente eritematosa, ma anche eczematosa ed arrivare fino alla formazione di bolle.

Essa non è infrequente; nei pazienti di un riparto dermatologico, si osserva nella proporzione dell'1 % circa (Bloch). Nei pazienti di una clinica generale, si può calcolare che essa si verifichi una volta sopra 150-200.

La causa è da ricercare nella resina dammar usata per la preparazione del cerotto; non è però da ritenersi che sia l'acido dammarico a provocarla, anche perchè la proporzione di acido è assai bassa nella resina dammar in confronto a altre, come la gomma ammoniaco e la colofonia.

L'ipersensibilità a tale sostanza è evidentemente da riferirsi ad un fattore costituzionale.

Per evitare inconvenienti, sarebbe consigliabile di preparare il cerotto senza la resina dammar, ricorrendo ad altre sostanze adesive, ma non è da escludersi la possibilità che anche queste a loro volta provochino l'irritazione cutanea. Le prove fatte dall'A. con un cerotto così preparato che riuscì inattivo su pazienti sensibili al comune Pflaster non convincono perchè la sensibilità, in tali casi, è spesso specifica.

fil

Per ammorbidire i tessuti cicatriziali.

W. Stoelzner (*Münch. Med. Woch.*, 11 dicembre 1925) ha saggiato varie sostanze su frammenti e di tessuto cicatriziale, *in vitro*: tiosinamina, fibrolisina, rhodamides, colina, ioduro potassico, ecc.; i migliori risultati li ottenne da soluzioni concentrate d'urea.

Ha applicato questa sostanza anche clinicamente, ottenendone buoni risultati nelle cicatrici non aderenti.

W. Strye (*ibidem*) l'ha saggiata *in vivo*: pochi centimetri cubi di soluzione concentrata d'urea fecero rammorbidire tutte le cicatrici non adedenti, ma determinarono necrosi nelle altre.

R. B.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Interpretazione patogenetica della sindrome di Mikulicz.

Henry Bourges (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1924, n. 21) ha comunicato alla Società medica degli Ospedali di Parigi due casi di Sindrome di Mikulicz. Uno a tipo clinico completo con ipertrofia dura e simmetrica delle ghiandole lacrimali e del gruppo gh. salivari, a sviluppo lento ed insidioso, senz'altri disturbi organici, generali ed ematici, a carico di un giovine luetico, e regredito dopo breve cura novarsenobenzolica, mercuriale e iodica. L'altro con tumefazione delle sole gh. salivari, ad evoluzione lenta, comparso in un adulto, vecchio alcoolizzato, ateromatoso e fortemente sclerotico.

Dall'esame di queste sue osservazioni e di quelle di altri si può concludere che la sindrome di Mikulicz è provocata in certi casi da una infezione locale (rinofaringe, apparecchio oculare) o generale (tubercolosi, sifilide, encefalite epidemica); in altri casi può essere la conseguenza di intossicazioni sia esogene (alcoolismo), sia endogene (sclerosi generale), che agiscono sole o associate: o, ancora, può dipendere da un disturbo endocrino.

PERSIA.

Citosteatonecrosi del tessuto adiposo sottocutaneo.

Essa è identica a quella che si osserva come lesione caratteristica nelle pancreatiti acute, solo che è molto meno intensa perchè dovuta ad agenti assai meno attivi della lipasi pancreatica.

Lecène e Moulonguet (*Annales d'Anatomie pathologique médico-chirurgicale*, vol. II, n. 3, maggio 1925) la spiegano con due meccanismi: digestione per opera della lipasi sanguigna (per versamento emorragico, traumatico o patologico), o per autolisi dei grassi da ischemia. Vi è notevole somiglianza dei reperti microscopici che gli AA. illustrano chiaramente, con quelli che dà la steatonecrosi da pancreatite, ciò tanto nei casi antichi che recenti.

Dal punto clinico è importante sopratutto la citosteatonecrosi mammaria anche perchè confondibile col cancro. Gli AA. consigliano la biopsia nei casi in cui per obesità, trauma, si può sospettarne la esistenza.

L. TONELLI.

VARIA.

Il bianco negli ospedali.

Chi a volte percorre le corsie degli ospedali, viene colpito dall'osservare il pallore spiccato della pelle, di cui sono presi, in generale tutti i degenti, siano essi affetti da malattie gravi o lievi, basta che vi abbiano soggiornato alcuni giorni. Visi cerei, mani trasparenti, in ammalati da poco ricoverati, con malattie che non comportano perdita di sangue od alterazioni ematiche.

È rituale che nelle corsie tutto debba essere in bianco, dalle pareti in bianco lucente ai vetri smerigliati bianchi, dalla biancheria da letto ai tavolini, dalla vestaglia del primario a quella dell'assistente e della suora. Ci sia permesso chiederci, se tutto questo contorno, d'un colore uniforme, che accerchia l'ammalato per lungo tempo, non possa avere effetto sulla tinta della sua pelle. Poco importerebbe se le conseguenze si limitassero al cangiamento di colore, ma non è forse possibile che l'azione di quella luce, si faccia sentire oltrechè sulla pelle, sul sangue e per conseguenza su tutti gli organi, modificando in qualche modo la loro funzionalità? E che dire dell'effetto suggestivo, vicendevole fra i ricoverati? e delle riflessioni del visitatore che vi adatta la sua mimica, qualche volta scoraggiante per l'ammalato?

Si è tanto parlato della legge di adattamento per gli animali, non vi è forse qualche cosa di simile qui? Se il bianco rievoca l'idea del pulito, non è detto che il variopinto possa fare l'opposto; un ambiente variopinto deve dare più svago e sollievo all'occhio ed allo spirito dell'ammalato.

L. GIANELLA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

CARPI U. *Per la tutela igienica dell'emigrazione (dal punto di vista tubercolare).* — Milano, Saita e Bertola, 1924.

COLASUONNO SERAFINO. *Per la pustola carbonchiosa.* — Palo del Colle, M. Liantonio, 1924.

CONDORELLI LUIGI. *Natura chimica e significato biologico dello zucchero combinato del sangue.* — Roma, Tip. Mantellate, 1924.

D'ALESSANDRO FRANCO. *Un caso di nefrite a frigore.* — Bergamo, Soc. Editrice S. Alessandro, 1924.

D'AMATO L. e DE DURANTE M. *Sulla crisi emoclasica da tubercolina nei tubercolotici.* — Napoli, G. Barca, 1924.

DEEKS W. E. *The cause of Hookworm disease its prevention and cure.* — New York, General Medical Department United Fruit Company, 1924.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

L'ordinamento dei Sindacati sanitari fascisti.

Corporazione Sanitaria Nazionale.

Ai signori segretari dei Sindacati nazionali sanitari; segretari delle Corporazioni provinciali sanitarie; segretari dei Sindacati provinciali sanitari; segretari delle Federazioni provinciali.

Sindacato Nazionale Medico-Fascista.

Tutti i Sindacati Nazionali di Medici debbono essere riuniti in un unico Sindacato che assumerà la denominazione di « Sindacato Nazionale Medico-Fascista ».

La Segreteria Generale di tale Sindacato Nazionale verrà assunta provvisoriamente dal Segretario Generale della Corporazione Sanitaria.

Gli attuali dirigenti dei Sindacati Medici Nazionali formeranno la Giunta Esecutiva del Direttorio del Sindacato Nazionale.

Le Sezioni provinciali dei suddetti Sindacati Medici Nazionali si fonderanno in un unico Sindacato Provinciale Medico che assumerà la denominazione di « Sindacato Provinciale Medico-Fascista ».

La Segreteria di questo Sindacato sarà retta provvisoriamente dal Segretario della Corporazione Sanitaria Provinciale e, dove questo non sia stato ancora nominato, il Segretario del nuovo Sindacato Medico verrà nominato in via provvisoria dal Segretario della Federazione Sindacale in accordo coi Segretari dei Sindacati Medici attualmente in carica. I quali Sanitari unitamente al Segretario della Corporazione Provinciale Sanitaria formeranno la Giunta esecutiva del Sindacato Provinciale Medico-Fascista.

I Direttorii Nazionali e Provinciali dei vari Sindacati Medici si fonderanno in un unico Direttorio rispettivamente Nazionale e Provinciale, e i componenti rimarranno in carica.

Gli statuti dei suddetti Sindacati Nazionali e Provinciali Medici sono abrogati e il nuovo statuto del Sindacato Nazionale Medico verrà concretato sulla base dello statuto della Corporazione Nazionale Sanitaria non appena questo sarà approvato dalle superiori gerarchie.

I Segretari Generali delle Federazioni Provinciali Sindacali in accordo col Segretario della Corporazione Provinciale Sanitaria, cureranno la immediata fusione dei vari Sindacati Medici e faranno in modo che tale fusione non sia fittizia, ma reale a garanzia della vita futura del Sindacato che dovrà essere con tale nuovo inquadramento ufficialmente riconosciuto.

Con questo inquadramento le varie categorie avranno tutte ugualmente le loro rappresentanze senza sopraffazione di una categoria su di un'altra.

Con nuova circolare la Corporazione Nazionale Sanitaria darà in seguito disposizioni per la nomina definitiva dei Segretari Nazionali e Provinciali del « Sindacato Medico-Fascista ».

Corporazione Nazionale Fascisti Farmacisti.

La Corporazione Sanitaria, in risposta alle sollecitazioni ricevute per la costituzione di un Sindacato Nazionale Farmacisti non proprietari con le rispettive Sezioni Provinciali, dispone che non venga costituito nessun nuovo Sindacato Farmacisti nè Nazionale nè Provinciale.

I Farmacisti non proprietari debbono tuttavia avere nei Direttorii degli attuali Sindacati Provinciali una rappresentanza proporzionale e tale rappresentanza avranno anche nel Direttorio del Sindacato Nazionale Fascista Farmacisti.

I nostri Sindacati Farmacisti non proprietari, già costituiti, debbono immediatamente inquadrarsi nel Sindacato Nazionale Fascista Farmacisti.

Giornale della Corporazione.

Col nuovo anno verrà pubblicato il periodico della Corporazione Nazionale Sanitaria, che tratterà le questioni di tutte le categorie dei Sanitari iscritti nella Corporazione.

Tale pubblicazione sarà inviata a tutti gli inscritti dei nostri Sindacati Sanitari e varrà a rendere unitaria la trattazione dei problemi che interessano ciascuna categoria.

Per il fatto di questa pubblicazione si rendono superflui e dannosi alla disciplina e alla saldezza dell'inquadramento corporativo i bollettini degli attuali Sindacati Nazionali e delle Corporazioni Provinciali Sanitarie. Tali bollettini devono pertanto essere aboliti. Saranno autorizzate soltanto le pubblicazioni di periodici dopo esame degli impegni finanziari che i Sindacati Nazionali dovranno nel caso assumere.

Invito i nostri iscritti a collaborare attivamente nel giornale. I Segretari dei Sindacati Nazionali debbono vagliare il materiale giornalistico che ad essi perverrà dalle proprie categorie. Il materiale così vagliato e scelto debbono poi mandarlo al Redattore Capo del Giornale della Corporazione e V. Segretario Generale aggiunto della Corporazione, dott. Guglielmo Oliaro, via Mazzini 33, Torino.

Disciplina.

Raccomando vivamente ai Sindacati e alle Corporazioni Sanitarie Provinciali di essere più severe nell'accettazione di nuovi iscritti. Dispongo che tutte le nuove iscrizioni, senza eccezione, vengano vagliate da questa Segreteria Generale alla quale debbono essere inviate corredate di note informative politiche e sindacali e da tutte quelle considerazioni che le gerarchie provinciali sindacali crederanno opportune.

Richiamo l'attenzione di tutti i dirigenti sulla grave responsabilità che pesa su tutti noi chiamati

dal Governo Nazionale a creare una nuova classe dirigente.

È necessario poter dare al Governo la garanzia assoluta che i nostri organizzati hanno sentimenti fascisti e sentono in perfetta buona fede e sicura coscienza di rispondere al grave còmpito che il Governo affida a loro.

Esigo in modo assoluto che la revisione degli iscritti voluta dalla mia circolare 18 ottobre 1925 avvenga con la massima severità in modo da eliminare tutti coloro che hanno dato prova di poco attaccamento alla organizzazione e di sentimenti non fascisti. È bene tener presente che non è tollerabile l'appartenenza alla nostra Corporazione con la iscrizione a sètte segrete.

I dirigenti delle nostre organizzazioni debbono avere la tessera del Partito Nazionale Fascista. Sono tollerabili eccezioni in casi importanti, ma tali eccezioni debbono venire vagliate e autorizzate da questa Segreteria Nazionale.

Contributi.

Il Direttorio Nazionale della Confederazione delle Corporazioni Fasciste ha deliberato che per il 1926 i contributi dovuti ai Sindacati Nazionali vengano unificati con quello dovuto alla Corporazione Nazionale la quale costituirà una Cassa centrale unica che provvederà alle necessità dei singoli Sindacati Nazionali.

Analogamente nelle provincie i contributi che si versavano per la vita dei vari Sindacati Provinciali verranno versati alla Cassa della Corporazione Sanitaria Provinciale che li amministrerà provvedendo con essi alle esigenze dei Sindacati Provinciali.

Dovranno esser tenute delle contabilità distinte per i singoli Sindacati, sia al centro che alla periferia, in modo che siano controllabili i versamenti e le spese di ogni Sindacato tanto Nazionale che Provinciale di categoria. Lo scopo di questo provvedimento è di rafforzare l'ordinamento corporativo e di rendere le varie categorie più solidali tra loro.

Con altra circolare verranno impartite le disposizioni circa la entità e le modalità del versamento del contributo per le diverse categorie di Sanitari, indipendentemente dal pagamento della tessera federale a farsi nelle singole provincie alla Segreteria Federale. Intanto le Corporazioni Provinciali debbono costituire subito la Cassa voluta dalla presente circolare con i fondi rimasti a ciascun Sindacato da esso dipendente.

I Sindacati Nazionali debbono presentare subito i loro bilanci consuntivi alla Corporazione Sanitaria Nazionale con la situazione di cassa al 31 dicembre 1925 e debbono curare nel più breve tempo la presentazione dei loro bilanci preventivi 1926.

Statistica.

È urgente la compilazione *esattissima* degli elenchi degli iscritti di ogni Sindacato.

Pertanto i Segretari delle Corporazioni Provinciali debbono curare che entro il mese di gennaio 1926 sia compiuta la revisione degli iscritti voluta dalla circolare 18 ottobre 1925 di questa Segreteria Generale, e che subito dopo vengano inviati alla Corporazione Nazionale Sanitaria gli elenchi degli iscritti.

Tale statistica è indispensabile perchè deve essere presentata alle Autorità Governative.

Saluti fraterni.

Il Segretario Generale della
Corporazione Nazionale Sanitaria:
firmato: dott. ARNALDO FIORETTI.

Per il miglioramento delle pensioni ai sanitari.

La Corporazione Sanitaria Nazionale ha presentato al Ministero delle Finanze il seguente memoriale circa il miglioramento delle pensioni ai Sanitari iscritti alla Cassa di Previdenza:

« *Eccellenza*,

Ai Medici Condotti ed Ospedalieri, ai Veterinari e ad altri Sanitari inscritti alla Cassa di Previdenza per le Pensioni dei Sanitari viene fatto attualmente un trattamento di quiescienza « inferiore » a quello di cui godono le altre Categorie d'inscritti alle Casse dipendenti dagli Istituti di Previdenza ed assolutamente inadeguato alle più indispensabili esigenze della vita.

La Corporazione Nazionale Sanitaria Fascista richiama pertanto l'attenzione dell'Eccellenza Vostra sul grave problema delle Pensioni ai Sanitari, dei quali fa presente i seguenti voti:

1) I benefici del R. D. Legge 19-IV-1923, n. 1000, convertito in legge 17-IV-1925, n. 473, sono stati frustrati da una disposizione d'indole transitoria in virtù della quale sulla pensione teorica risultante dall'applicazione delle nuove tabelle, si detrae il 40 %.

Per tale detrazione attualmente si conferiscono delle pensioni, senza diritto a caro-viveri, variabili da un minimo di L. 1800 lorde ad un massimo di L. 7000 lorde, massimo che si consegue con almeno 66 anni di età e 41 anni di servizio utile.

La misura irrisoria degli assegni anzidetti potrebbe essere notevolmente migliorata se, assolvendo le promesse fatte, si portasse la decurtazione dal 40 al 20 per cento, se non si ritenga preferibile l'abolizione completa di essa decurtazione anche per facilitare la messa a riposo dei Sanitari più anziani e dare posto ai giovani che, avendo fatto la guerra, sentono pure il diritto di fare la carriera sanitaria, ed a carico dei quali, sia pure per un limitato numero di anni, si potrebbe porre un onere speciale.

Si reputa che l'onere derivante da questo provvedimento possa essere sostenuto dalla Cassa con i mezzi propri, qualora la Cassa devolvesse per intero al miglioramento delle pensioni dei Sanitari il saggio d'interesse a cui attualmente sono impiegati i suoi capitali.

In fatti mentre i fondi di sua pertinenza sono investiti al 4,95 % (e potrebbero essere impiegati diversamente e fruttare di più) le tabelle per le Pensioni furono calcolate soltanto al saggio del 4,25 per cento.

2) La legge in vigore ha determinato in L. 2000 l'assegno di pensione di privilegio da concedersi sia al Sanitario che divenga permanentemente inabile all'esercizio delle sue funzioni per malattia contratta in servizio, sia alla vedova ed agli orfani nel caso che detta malattia determini la morte del Sanitario stesso.

Se si tiene presente che i medici molto facilmente possono contrarre infezioni che abbiano effetti letali, come ne è indice il fatto che un quinto delle pensioni che si conferiscono sono di privilegio, si rileva l'urgenza di elevare la misura di tale assegno ad almeno L. 5000.

Per farvi fronte si potrebbe addossare agli Enti inscritti, per costituire un fondo pensione di privilegio, un supplemento di contributo, che dovrebbe aggirarsi sulle L. 60 annue per ogni Sanitario, e gli Enti potrebbero essere di ciò compensati con l'abolizione del reparto delle quote di pensione ora in vigore fra Cassa ed Ente.

3) Urge inoltre che sia affrettata la pubblicazione del regolamento per l'applicazione della legge 17-IV-1925 n. 473 onde siano fissate quelle norme necessarie per rendere più sollecita la liquidazione delle pensioni.

4) Chiamare a far parte delle Commissioni per la compilazione del Regolamento dei rappresentanti di questa Corporazione Sanitaria.

5) Modificare la composizione del Consiglio di Amministrazione includendovi dei rappresentanti di questa Corporazione Sanitaria per ciascuna delle Categorie di Sanitari inscritti.

6) Dare valore di servizio valutabile agli effetti della misura della pensione al servizio interinale, quando il Sanitario che lo presta chiegga la iscrizione alla Cassa, così come si provvede per i Maestri elementari e per gli altri dipendenti comunali.

7) Stanziare nel bilancio della Cassa un fondo per il conferimento di sussidi alle vedove ed orfani dei Sanitari nei casi pietosi.

8) Elevare il contributo di Stato che la legge di riforma ha mantenuto in L. 250.000 annue, mentre per il Monte Pensione dei Maestri elementari il R. D. Legge 12 maggio 1913 n. 1117 di riforma delle Pensioni lo porta da L. 300.000 annue a L. 9 milioni.

È da notare che la riforma delle Pensioni dei Medici Condotti, Veterinari ed altri Sanitari anziani fu eseguita senza alcun nuovo onere a carico dello Stato.

Questi voti noi raccomandiamo al sagace esame di V. E. sapendo di assolvere un cómpito verso la benemerita Classe dei Sanitari Italiani.

Con perfetta osservanza.

Per la Corporazione Nazionale Sanitaria
Il Segretario Generale:
ARNALDO FIORETTI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARCIDOSSO (*Grosseto*). — Al 30 apr.; L. 10.500 e c.-v. in L. 500 se celibe, L. 1000 se coniugato; età lim. 45 a. Tassa L. 50,10. Serv. entro 15 gg.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — A tutto 30 aprile; cond. prevalentem. chirurg.; 500 pov. su 3430 ab.; L. 8000 e 5 quadr. dec., c.-v., L. 3000 direz. Osped. Civico; proventi atti operat.; L. 1300 se uff. san.; L. 1000 a 3000 mezzo trasp. Tassa L. 50.10. Età lim. 25-45 a. Chiedere annunzio.

CASTEL S. PIETRO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 30 apr.; L. 8000 oltre L. 500 uff. san. e L. 500 trasp.

CICERALE CILENTO (*Salerno*). — A tutto il 15 mag.; vedi fasc. 14.

CIVITA CASTELLANA (*Roma*). — Al 30 mag. due cond. comprimari; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; addiz. L. 4 oltre 1000 pov., L. 5 oltre 2000; età lim. 40 a. Tassa L. 50,10. Doc. a 3 mesi dal 5 apr.

COMUNANZA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 aprile; vedi fasc. 13.

COMEGLIANS (*Udine*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., L. 1620 c.-v., L. 500 serv. att., L. 900 uff. san. Tassa L. 50.10.

FERRARA. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Copparo; scad. 30 apr.; vedi fasc. 14.

FIANO ROMANO (*Roma*). — Scadenza 30 apr.; Kmq. 40; ab. 1857 di cui 250 sparsi; L. 10.500 per 1000 pov.; addiz. L. 4; 1° c.-v.; 5 quadr. dec. Età lim. 40 a. Tassa L. 50,15.

FONTANIGORDA (*Genova*). — Kmq. 1664 in montagna; ab. 1632, pov. 35; L. 8400 con 10 bienni; trasp. L. 1400; uff. san. L. 500. Scad. 10 mag.

GAZZANIGA (*Bergamo*). — Consor.; al 10 giu.; ab. 4500; poveri 600 circa; L. 6500 (*sic*) oltre L. 1000 (*sic*) trasp., L. 500 se uff. san., L. 1000 assistenza operaz. chirurg., percentuali, L. 1200 c.-v. Età lim. 40 a. Triennio di assistentato effettivo o volont. in clinica o patologia medica o in reparti medici di grandi ospedali; o 5 anni di laurea, di cui 3 di condotta effettiva. Firme autenticate dai sindaci e legalizzate.

JESI (*Ancona*). — A tutto 30 apr.; vedi fasc. 14.

LECCE. *Congregazione di Carità*. — Direttore del Gabinetto di Istologia e Batteriologia nell'Ospedale Civile « Vito Fazzi ». Scad. ore 12 del 15 mag. Vedi fasc. 15.

MACERATA. — Per S. Maria del Monte (rurale B); ab. 794 agglom. e 3673 sparsi; L. 9000 e 3 quadr. dec.; 2 c.-v. detratte L. 780; p. cav. L. 1000-2500; cottimi per famiglie abbienti (L. 5 e 10). Scad. ore 18 del 30 apr. Età lim. 40 a. Tassa L. 50,10.

OVARO (*Udine*). — Scad. 27 apr.; vedi fasc. 14.

ROMA. *Manicomio Provinciale*. — Tre medici assistenti; scad. 30 apr.; vedi fasc. 14.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 10 mag.; 4ª cond.; L. 10.500 e quadr. dec.; c.-v. in L. 800 se coniug., L. 300 se celibe; cav. L. 1000 senza obbl. di cavallo.

UDINE. *Amministraz. Provinciale del Friuli.* — Medico di Sezione del Manicomio Provinciale; L. 11,000 oltre supplem. serv. attivo L. 2300 e c.-v., alloggio personale, luce, riscaldam., vitto nei giorni di guardia. A tutto 30 apr. Vedi fasc. 15.

VICARI (*Palermo*). — Scad. 30 apr. L. 10,000 e 5 quinquenni dec.

CONCORSI A PREMI.

Ministero della Pubblica Istruzione.

Concorso a un premio per lavori concernenti la cultura scientifica relativa alla tecnica militare di L. 8300 da conferirsi al miglior lavoro sopra la « traumatologia di guerra ».

I lavori debbono essere svolti in modo da costituire utile guida sia nella scelta degli argomenti da trattare, sia nelle esperienze, sia nel metodo, ai docenti incaricati dello svolgimento dei corsi di cultura militare nelle università e negli istituti superiori e debbono, nelle linee fondamentali, uniformarsi allo svolgimento seguito per gli analoghi corsi nelle scuole militari. Le domande di ammissione al concorso, redatte su carta bollata da L. 3, e corredata da almeno una copia di lavori, debbono pervenire al Ministero dell'Istruzione (Direzione Generale dell'istruzione superiore) entro il 31 dicembre 1926. Per maggiori schiarimenti consultare la *Gazzetta Ufficiale* del 13 marzo 1926.

Ministero dell'Economia Nazionale.

Il Ministero dell'Economia Nazionale, su proposta del Consiglio Superiore di Economia Nazionale, ha bandito un concorso per un manuale sulla organizzazione scientifica del lavoro. Il primo premio è di L. 6000; il secondo di L. 3000. Scadenza giugno 1927. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Direzione Generale del Lavoro presso il Ministero.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

NELLE UNIVERSITÀ.

Da « L'Università Italiana » d'aprile 1926 riportiamo gli esiti dei seguenti concorsi:

Anatomia umana normale, per Messina. — La Commissione ritiene i 4 concorrenti meritevoli assolutamente e relativamente di coprire la cattedra. La terna è stabilita a voti unanimi: 1) Luigi Castaldi, 2) Primo Dorello, 3) Gaetano Cutore.

Anatomia normale umana, per Perugia. — 1) Luigi Castaldi, 2) Primo Dorello, 3) Gaetano Cutore.

Clinica chirurgica generale, per Modena. — 1) Gaetano Fichera, con 3 voti; 2) Paolo Fiori, con 5 voti; 3) Leonardo Dominici, con 5 voti. La Commissione, non essendo possibili giudizi *ex aequo*, ha ritenuto si dovesse dare importanza per la designazione del primo al numero degli anni d'insegnamento ufficiale e conseguente stabilità del prof. Fichera. Due candidati avevano fatto ricorso per l'annullamento del concorso. Il Consiglio sup. P. I. ha respinto le motivazioni addotte dai ricorrenti (vizio nella votazione dei componenti la Commissione giudicatrice); ma, esaminando poi gli atti, ha rilevato una contraddizione fra l'affermazione della Commissione, la quale, per dirimere l'*ex aequo* fra i tre, aveva adottato il criterio di anzianità nell'insegnamento ufficiale, prestato in una disciplina diversa da quella messa a concorso. Altra incongruenza trova nell'avere la Commissione fatto prevalere i titoli clinici in un caso e quelli di patologia e laboratorio in altro caso. Ha quindi proposto l'annullamento. Il Ministro con D. M. 1° marzo ha dichiarato nulli e di nessun effetto gli atti di questo concorso.

Clinica delle malattie nervose e mentali, per Messina. — A voti unanimi: 1) Mario Zalla, 2) Vito Mario Buscaino, 3) Serafino D'Antona.

Clinica dermosifilopatica, per Messina. — A voti unanimi: 1) Arturo Fontana, 2) Giuseppe Verotti, 3) Agostino Mibelli.

Per *Perugia*: 1) Enzo Bizzozzero, 2) Arturo Fontana, 3) Agostino Mibelli.

Clinica medica, per Pavia. — 1) Adolfo Ferrata, 2) Luigi D'Amato, 3) Antonio Gasbarrini.

Clinica oculistica, per Siena. — 1) Vittorio Cavara, 2) Filippo Vecchio Verderame, Giacinto Verderame, 3) Giacinto Mosso.

Clinica pediatrica, per Bari. — 1) Salvatore Maggiore, 2) Ivo Nasso, 3) Angiola Borrino.

Igiene e Batteriologia, per Caglari. — 1) Luigi Piras, 2) Giovanni Petragnani, 3) Giuseppe Sangiorgi.

Odontoiatria e Protesi dentaria, per Bari. — 1) Amedeo Perna, 2) Raffaele D'Alise, 3) Alessandro Arlotta.

Patologia speciale chirurgica, per Parma. — 1) Giovanni Razzaboni, 2) Sebastiano Gussio, 3) Francesco Nassetti. La Commissione nota che fra i concorrenti ve ne sono altri ottimi; e fa voti che le varie cattedre ora vacanti vengano presto affidate a titolari.

Patologia speciale medica, per Milano. — 1) Domenico Cesa-Bianchi, 2) Pietro Sisto.

Patologia medica, per Sassari. — 1) Guido Izar, 2) Luigi Preti. Il Consiglio superiore nella seduta del 16 febbraio trova regolari gli atti pel primo classificato; trova incongruenza tra i giudizi dati unanimi su alcuni candidati e la esclusione dei medesimi dalla terna, e propone sia approvata la sola designazione del primo. Il Ministro con D. 18 febbraio ha approvato gli atti nei riguardi tanto del primo che del secondo. La Commissione sarà riconvocata per completare la designazione del terzo.

NOTIZIE DIVERSE.

Per Benito Mussolini.

Con il più alto animo ci compiacciamo che la fortuna d'Italia abbia salvato dall'arma omicida il nostro Primo Ministro, Benito Mussolini.

L'atto esecrando della pazza irlandese stringe vieppiù gli Italiani intorno all'assertore e al valorizzatore delle loro forze e dei loro diritti.

Il VII Congresso Internazionale di Chirurgia.

Il 7 corr., alle ore 10, in Campidoglio, nella Sala degli Orazi e Curiazi, si svolse in forma eccezionalmente solenne, l'inaugurazione del VII Congresso della Società Internazionale di Chirurgia, sotto l'alto patronato di S. M. il Re d'Italia.

Prima del Congresso i chirurgi qui convenuti avevano preso parte ad un pellegrinaggio attraverso alcune città d'Italia ricche di storia e di opere d'arte.

Il 6 corr., nell'Aula principale della R. Accademia Medica al Policlinico « Umberto I » si tenne una riunione del Comitato Internazionale del Congresso cui parteciparono: il presidente della Società Internazionale di Chirurgia prof. Willems, il segretario dott. Mayer, il tesoriere Lorthloir, i proff. sen. Giordano presidente del Congresso, Dominici segretario e Alessandri, per l'Italia; Armstrong, per il Canadà; Cabeco, per il Portogallo; Carachan, per la Spagna; De Quervain, per la Svizzera; Gorach, per la Russia; Hartmann, per la Francia; Haiser, per la Svezia; Latis-bey, per l'Egitto; Leonte, per la Rumania; Miyake, per il Giappone; Hansen, per la Danimarca; Brinsmade, per gli Stati Uniti; Roberts, per l'Inghilterra; Irasek, per la Ceco-Slovacchia; Zawadrky, per la Polonia. Venne stabilito definitivamente l'ordine dei lavori.

Prima dell'inaugurazione ebbe luogo anche un pellegrinaggio alla tomba del Milite Ignoto, su cui venne deposta una grande corona di magnifici fiori. La cerimonia, austeramente semplice, si svolse in un'atmosfera di grande raccoglimento.

*
* *

La Sala degli Orazi e Curiazi, in cui la seduta inaugurale si è svolta, presentava un aspetto imponente, presenti l'on. Mussolini, acclamatissimo, il ministro Fedele, l'on. Grandi, il vice-Governatore D'Arbesio, il dott. Messea, e molte altre autorità e spiccate personalità.

La cerimonia s'inizia con un discorso di saluto del sen. Cremonesi, che dice:

« Siate fra noi i benvenuti. Roma, donde irradiò la prima civiltà europea, è il luogo di naturale convegno dei rappresentanti della civiltà e voi per molteplici ragioni avete diritto di considerarvi tali; per i vostri studi, che incessantemente ampliano i confini della scienza; per la vostra arte, che audacemente contrasta e talvolta supera l'opera della natura; per l'azione sociale che esercitate, restituendo al lavoro ed alla vita tante energie che, senza di voi, andrebbero irremissibilmente perdute ».

Il primo ministro on. Mussolini, salutato da una lunga, imponente e calorosa ovazione, rivolto agli illustri ospiti di Roma, dice:

« Porto il saluto del Governo italiano agli insigni maestri di quell'arte del ferro chirurgico in cui la scienza medica seppe trovare, attraverso i secoli, una delle sue maggiori e più gloriose conquiste. Il vocabolo che designa la vostra arte, signori, non dice di quest'arte tutta la portata ideale e il valore umano. Alle sue radici greche « chirurgia » non ha che un modesto significato: « lavoro della mano ». Ma le più luminose virtù dell'intelligenza e le più profonde energie del carattere devono guidare e sorreggere codesta mano nell'opera per cui, ogni giorno più vittoriosamente, le vostre lame precise contendono al non invincibile male la minacciata vita degli uomini. Nata in remotissime origini, la vostra scienza diventò tale in terra italiana e, sfuggendo ai suoi primi profanatori, si fece legge e disciplina con i sapienti uomini della scuola di Salerno, dalla quale doveva poi giungere, col Rinascimento, ai quattro gloriosi maestri cui ancora oggi essa, come ai numi più venerati devotamente si raccomanda: da Andrea Vesalio al Wurtzius, da Paracelso ad Ambrogio Paré. Non occorre ricordare a voi che quest'ultimo, chirurgo di Francesco II, di Carlo IX e di Enrico III, accompagnava, nelle lunghe guerre, le armate sul campo. E quando, chinandosi sui guerrieri colpiti a morte restituiva ad essi la sfuggente vita sopratutto con la legatura delle arterie da lui per primo sostituita al cauterio nell'arduo sacrificio delle amputazioni, quando dalla morte imminente ricreava prodigiosamente la vita, Ambrogio Paré, in esemplare modestia e levando dal ferito gli occhi al cielo, soleva dire: « Je le pançai, Dieu le guarist ». No. Egli non aveva solamente curato. Egli guariva. E laddove la morte uccideva, l'uomo ritornava a creare la vita.

I sette libri d'una delle più illustri opere della storia chirurgica hanno questo titolo: *De corporis humani fabrica*. Voi siete infatti, o maestri della anatomia, i secondi fabbricatori del corpo umano. Con polsi fermi, con mani sapienti, con stoici cuori, con lucidi e freddi cervelli, voi avete a poco a poco strappato all'insidia del male la maggior parte dei più oscuri territori del corpo umano.

Come soldato della grande guerra, ho esperimentato a lungo sul mio corpo la vostra sapiente perizia, e con me milioni e milioni di feriti.

Io saluto in voi i prodigiosi salvatori di innumerevoli vite, i vittoriosi eroi delle ambulanze. Ma se i soldati hanno riposo, poichè anche le guerre più ardue hanno fine, non ha mai riposo il vostro combattimento contro la malattia. Sino all'ultimo giorno della vostra esistenza, voi rimanete sul campo a tentar di salvare i feriti della vita, ancora più numerosi che i feriti caduti su un campo di battaglia. Se ogni uomo degno di questo nome è soldato nell'ora della prova imposta alla Patria, voi siete, o maestri, gli infaticabili soldati della diuturna battaglia contro la morte.

Sono lieto di vedervi, in numero così imponente, ospiti di Roma, e vi prego di accogliere insieme

col mio saluto cordiale, i sensi della mia ammirazione e simpatia ».

Dopo due discorsi del prof. Willems, presidente della Società internazionale di Chirurgia, e del dottor Mayer, segretario della Società stessa, prende la parola il prof. sen. Giordano. Egli accenna che in epoche lontane ai Sovrani era riservato l'esercizio della chirurgia, chiamata perciò *arte regale*.

Ringrazia i colleghi e prosegue la sua orazione in lingua latina. Riassume il pellegrinaggio dei congressisti per le varie città d'Italia, avendo essi visitato, prima di giungere in Roma, i nostri principali centri di studio dai quali si diffuse in tutto il mondo luce di scienza. Ricorda per Milano il celebre Lanfranco che costretto ad emigrare in Francia instaurava la chirurgia in quel paese. Esalta per Venezia l'opera di Andrea della Croce, e la scuola anatomica di quell'Ateneo fiorente per vari secoli. Andrea della Croce va riguardato anzi come un precursore della moderna terapia del cancro. A Padova rimane immortale il nome di Pietro Marchetti per la cura dell'ascesso epatico. Bologna si fregia di nomi superbi nella storia della chirurgia, quali Teodorico Plateario, precursore dell'anestesia moderna, Leonardo Fioravanti. In Firenze sopravvive l'opera di Giuseppe Zambeccari. Ed infine per Roma accenna a Berengario di Carpi, a Mariano Santo, a Giovanni de Vigo, a Michelangelo Biondi, a Cesare Magato, una pleiade che fa risaltare la gloria della scuola chirurgica della metropoli. Rivolto un saluto al Governatore di Roma, accenna alla visita che i congressisti faranno in Assisi, per rendere omaggio alla memoria del Santo che fu assertore di fervida carità, senza la quale, egli conclude, la scienza nostra è priva di ogni contenuto ideale ed umano, e ricorda in proposito le parole di San Paolo. Chiude invitando i congressisti a ricordare nel soggiorno di Perugia che di qui mosse la marcia su Roma. Tutta l'assemblea scatta in piedi plaudendo, dopo di che la cerimonia ha termine.

***

All'uscita dal Campidoglio, una pazza irlandese, ha sparato un colpo di revolver contro S. E. Mussolini, che rimase miracolosamente e fortunatamente salvo.

***

Prima d'iniziare i lavori il Congresso votò un messaggio a S. E. Mussolini, cui venne recato dal presidente del Congresso sen. Giordano, in unione del prof. Alessandri e del prof. Dominici: è del seguente tenore:

« I chirurghi di tutto il mondo, ancora plaudenti a S. E. Mussolini per la benevolenza con cui si degnò onorare l'apertura del loro Congresso, assisterono inorriditi al vile attentato e si felicitano commossi perchè Dio non permise che l'Italia fosse privata del Duce, al quale esprimono la viva soddisfazione ed i più fervidi voti per la sua conservazione tra tutte preziosa.

La Presidenza del Congresso: prof. Giordano, prof. Willems, prof. Roberto Alessandri, dott. J. Lorthieir, dott. Léopold Mayer, prof. Leonardo Dominici ».

***

Il Congresso si è chiuso il 10 corr.

Il resoconto dei lavori compiuti verrà da noi pubblicato nei prossimi numeri.

I Congresso della Stampa medica delle Nazioni latine.

Questo Congresso, organizzato dall'Associazione della Stampa Medica francese col concorso delle congeneri associazioni belga, spagnola e italiana, avrà luogo a Parigi nel prossimo dicembre.

Fra i temi proposti, tre sono stati fissati fin da ora dagli organizzatori:

1. *Unificazione della terminologia, della classificazione e della bibliografia nella letteratura medica;* relatori: Mirande (Journal de Médecine et Chirurgie pratiques), Tecon (Revue suisse de Médecine) ecc.;

2. *La proprietà letteraria nella stampa medica;* relatori: Gardette (La Presse thermale et climatique), Ribadeau-Dumas, avvocato alla Corte d'Appello di Parigi, ecc.;

3. *Compito della stampa medica nella preparazione, organizzazione e resoconti dei congressi medici;* relatori: Le Sourd (Gazette des hôpitaux), Beckers (Bruxelles Médical), De Azevedo (A Medicina contemporanea), ecc.

La lista verrà ulteriormente integrata. Il programma definitivo del Congresso verrà stabilito a breve scadenza.

Per ogni informazione scrivere al dott. L.-M. Pierra, secrétaire général de l'Association de la Presse Médicale Française, 12, rue de Babylone, Paris (VII).

Avvertiamo che l'Associazione della Stampa medica italiana non ha potuto prendere parte attiva all'organizzazione di questo Congresso, perchè ancora in via di ricostituzione. Il prof. Ascoli ha però provveduto ad aderire in nome del Consiglio direttivo provvisorio dell'Associazione.

Conferenze alla Scuola di Sanità Militare.

Nella Scuola di Sanità militare il 2 febbraio u. s., con una calda orazione del direttore colonnello prof. Grixoni, fu solennemente inaugurato un corso di conferenze scientifiche da parte di professori universitari delle Facoltà medico-chirurgiche del Regno. Nella seduta inaugurale il prof. sen. Lustig parlò su « Una rivendicazione italiana (Agostino Bassi da Lodi) ».

Le successive conferenze, che vanno seguendo su temi svariati e interessantissimi, sono state o saranno svolte dai seguenti professori: Biondi, M. L. Patrizi, O. Casagrandi, sen. E. Maragliano, U. Gabbi, G. Viola, A. Herlitzka, N. Pende, G. Bilancioni, S. Baglioni, F. Bottazzi, S. Belfanti, E. Centanni, E. Burci.

Lotta contro la tubercolosi.

Il Comitato romano per la lotta contro la tubercolosi ha messo a disposizione dell'Opera nazionale per la protezione e assistenza agli invalidi della guerra alcuni posti nella Colonia marina permanente di Civitavecchia, per giovanette predispo-

ste alla tubercolosi, dai 13 ai 18 anni, figlie d'invalidi della provincia di Roma.

Il Comitato ha inoltre messo a disposizione della Opera nazionale 220 posti nella Colonia diurna in villa Umberto I, per bambini gracili predisposti alla tubercolosi e dell'età non inferiore ai 3 anni e non superiore ai 6, d'ambo i sessi.

Il Comitato esecutivo dell'Opera nazionale ha accettato tali proposte.

Bibliografia Scientifico-Tecnica Italiana.

Sarà pubblicata sotto gli auspici del Consiglio Nazionale di Ricerche (presso la R. Accademia dei Lincei), in volumi annuali, a partire dal 1924 in 15 gruppi, di cui 3 interessano la medicina: Biologia generale, Botanica, Zoologia; Anatomia, Antropologia, Fisiologia, Batteriologia; Medicina.

Il raggruppamento delle varie discipline non è definitivo e trovasi in istudio presso un'apposita Commissione.

La Bibliografia relativa a ciascun gruppo sarà pubblicata in fascicoli separati. Sarà però messo in vendita un certo numero di copie di un volume contenente tutti i fascicoli relativi ad una determinata annata; ciò per uso specialmente delle Biblioteche non specializzate.

Per ciascuna annata, saranno indicati tutti i lavori relativi ai differenti gruppi:

a) il nome dell'autore, il titolo, la sede della pubblicazione, il formato, l'editore, la tipografia ed il prezzo;

b) possibilmente un breve sunto del lavoro, preparato dallo stesso autore.

Ciascun fascicolo ed il volume saranno inoltre corredati da un indice degli autori.

Qualora un lavoro interessi due o più scienze, esso sarà compreso fra i lavori relativi a ciascuna delle scienze interessate.

I diversi fascicoli saranno pubblicati successivamente nel secondo semestre dell'anno successivo a quello cui corrisponde la bibliografia. Entro il mese di dicembre sarà pubblicato il volume intero corrispondente alla Bibliografia dell'anno precedente. Sarà annualmente pubblicato un elenco dettagliato di tutti i giornali e di tutte le riviste scientifico-tecniche italiane.

Il materiale è da inviare all'indirizzo: « Bibliografia scientifico-tecnica italiana », Casella postale 489, Roma; la pubblicazione è curata dalla Casa Editrice Carlo Ferrari di Venezia.

Nella stampa sanitaria.

Le « Cronache Bibliografiche di Medicina » offrono una revisione sistematica di quanto si pubblica di notevole in tutti i campi della medicina e vogliono costituire un complemento degli altri periodici medici. Direttori ne sono i dott. Dino Fienga e Giuseppe De Martino. Gli uffici hanno sede a Napoli, via Trinità Maggiore 56. Abbonamento L. 20 per l'Italia, il doppio per l'Estero.

Il primo fascicolo contiene una rassegna del prof. G. Di Castronuovo sulle Conquiste della medicina interna nel 1925; una serie di recensioni ordinate; informazioni varie. Auguri.

La perdita del sen. prof. VITTORIO PUNTONI, di letteratura greca all'Università di Bologna, è stata sentita vivamente dalla famiglia medica inquanto che Egli promosse con tenacia e con fortuna la ricostituzione dell'Università di Bologna, di cui fu rettore per oltre un ventennio. Egli dette il primo esempio di « convenzioni », in virtù delle quali una ventina d'istituti scientifici poterono essere rinnovati o creati *ex-novo* nella vetusta Bologna. Tra l'altro, a Lui si deve la fondazione dell'Istituto clinico per le malattie della bocca, di cui fu ininterrottamente presidente. La nuova città degli studi fu in gran parte opera sua.

Al figlio Vittorio, professore di batteriologia nell'Università di Roma, alla famiglia, le nostre affettuose condoglianze.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. Ascoli, Red. resp.**

Pubblicazioni che dalla nostra Amministrazione si offrono ai Signori abbonati del "Policlinico„ con agevolazioni sul prezzo di copertina e franche di porto.

Per l'ITALIA, le sottoelencate pubblicazioni si possono ricevere anche mediante piego o pacco gravato del loro rispettivo importo; ma, in questo caso, l'importo viene aumentato delle tasse (Assegno, vaglia di rimborso) all'uopo occorrenti. Si tenga presente che il mezzo più sollecito ed economico è quello di rimetterne direttamente l'ammontare mediante Vaglia postale o Chèque bancario riscuotibile in Roma.

Per l'ESTERO, a causa delle maggiori spese postali occorrenti per la spedizione, l'importo va aumentato del 10 per cento e deve essere inviato mediante Chèque o Vaglia Bancario riscuotibile in Roma, non potendosi eseguire, come per l'Italia, la spedizione gravata di assegno.

Prof. dott. BERNARDINO MASCI
della R. Università e degli Ospedali Riuniti di Roma

Tecnica Terapeutica Ragionata medica e chirurgica.

Prefazione del prof. AGOSTINO CARDUCCI.

Un volume di pagg. VIII-845 (N. 18 della Collana Manuali del «Policlinico»), nitidamente stampato su carta semipatinata, ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso. — Prezzo L. **78**. Per i nostri abbonati sole L. **70**, franco di porto.

Prof. LUIGI FERRANNINI della R. Università di Napoli

La Terapia Clinica nella Medicina Pratica

Indicazioni-Prescrizioni igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche.

Un grosso volume di pag. VIII-574, nell'ampio formato della Collana Manuali del «Policlinico» nitidamente stampato su carta di lusso e rilegato artisticamente, in tutta tela inglese con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **58**. Per i nostri abbonati sole L. **52** franco di porto.

Dott. EDMONDO VENEZIAN
A. negli Ospedali Riuniti di Roma

PRONTUARIO TERAPEUTICO

Vademecum per il pratico.

Prefazione del Prof. UBERTO ARCANGELI.

Un volume di pagg. VIII-324, in formato tascabile, nitidamente stampato ed elegantemente rilegato in piena tela flessibile, con inscrizioni in oro sul piano e sul dorso. — Prezzo L. **25**. Per i nostri abbonati sole L. **22.50**.

Dott. Prof. PAOLO GAIFAMI
(già Docente di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Roma), Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica della Università di Bari.

Prontuario di Terapia Ostetrica

VADEMECUM DEL MEDICO PRATICO

Prefazione del Prof. Sen. ERNESTO PESTALOZZA
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Roma.

Un volume di pag. VIII-294, in formato tascabile della nostra «MEMORANDA», nitidamente stampato su carta distinta, con 77 figure ed una tavola a colori nel testo ed elegantemente rilegato in piena tela flessibile. Prezzo L. **18**. Per i nostri abbonati sole L. **16.50** franco di porto.

Dott. Prof. O. VIANA
Direttore della Maternità, Brefotrofio e Scuola di Ostetricia in Verona

Ginecologia e secrezioni interne

Prefazione del Prof. N. PENDE

Un volume in-8° di pagg. VIII-176 (N. 12 delle nostre Monografie medico-chirurgiche d'attualità) nitidamente stampato in carta semipatinata.
Prezzo L. 18. — Per i nostri abbonati sole L. 16,50 in porto franco.

Dott. LUIGI CAPPELLI
Aiuto alla Cattedra di Elettroterapia e Radiologia della R. Università di Roma

RADIUMTERAPIA

MANUALE PER I MEDICI PRATICI

Prefazione del prof. **Francesco Ghilarducci,**
Direttore del R. Istituto di Radiologia ed Elettroterapia della R. Università di Roma.

Un volume in-8o, di pag. IV-150 (N. 15 della Collana Manuali del «Policlinico»), nitidamente stampato su carta semipatinata, con 5 tavole e 5 figure nel testo. — Prezzo L. **18** più le spese postali di spedizione. — Per i nostri abbonati sole L. **16.50**.

Dott. MARIO FLAMINI
Medico nel Brefotrofio Provinciale, assistente alla R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma
Direttore della Scuola di Assistenza all'Infanzia.

Manuale di Pediatria Pratica

(Seconda edizione)

Volume in-8, di pag. VIII-352, corredato di una estesa POSOLOGIA INFANTILE e con 74 figure intercalate nel testo. — In commercio L. **20**, ma per gli associati al «Policlinico» sole L. **17.50** franco di porto.

Prof. FRANCESCO VALAGUSSA
Medico della Famiglia Reale, Direttore e Primario del Preventorio per lattanti «E. Maraini», Medico primario nell'Ospedale infantile «Bambino Gesù». Docente di Clinica pediatrica nella R. Università di Roma.

Consultazioni di Clinica, Dietetica e Terapia infantile

Terza edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata

Prefazione di **AUGUSTO MURRI**

Un volume in-8, di pag. VII-488, nitidamente stampato su carta distinta, con 42 figure intercalate nel testo e finissima quatricromia sulla copertina. Prezzo L. **36**. Per i nostri abbonati sole L. **32.50** in porto franco.

Dello stesso Prof. VALAGUSSA

IL BAMBINO Consigli d'igiene ad una mamma

(Terza edizione notevolmente ampliata)

Un volume in-16 di pag. XII-200, nitidamente stampato, con una riuscitissima illustrazione colorata sulla copertina. — Prezzo L. **15**, più le spese postali di spedizione. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **13.75** franco di porto.

Prof. LUIGI CONCETTI.

L'IGIENE DEL BAMBINO

Terza edizione
aggiornata dal Prof. TULLIO LUZZATTI
già Aiuto della R. Clinica Pediatrica di Roma.

Un volume in-16° di pagine IV-720, nitidamente stampato, con riproduzione zincotipica della fotografia del compianto prof. Concetti.
In commercio L. 20, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 18,60 in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA

ANNO XXXIII Roma, 26 Aprile 1926 Fasc. 17

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sindrome meningea per intossicazione acuta da cocaina.

Dott. TONELLI LANFRANCO
assistente negli Ospedali Riuniti di Roma.

Bouchut nel 1869 parlò di *pseudo-meningiti* per indicare i disturbi funzionali, corticali e meningei che potevano assumere l'aspetto di una vera e propria meningite.

Duprè nel 1894, al congresso di Lione creò il nome di *meningismo* per quelle che Grasset chiamava « le meningiti cliniche senza meningite anatomica ». Quincke più tardi classificava a lato delle meningiti purulente e delle tubercolosi le *meningiti sierose*. Intorno a questi termini si venne sviluppando una poderosa discussione su basi cliniche, anatomopatologiche, batteriologiche e sperimentali, che non è ancora definitivamente chiusa.

Oggi per consenso quasi unanime si può ritenere dimostrato che accanto alle meningiti purulente possono esistere delle meningiti sierose o congestive. Nelle meningiti non suppurate si possono distinguere vari gruppi: *a*) le meningiti sierose=con essudato limpido o più o meno torbido ma non purulento; liquor contenente germi più o meno facilmente dimostrabili; *b*) meningiti non batteriche=gruppo meno netto del precedente, con iperemia, edema della pia, aumento del liquido negli spazi sottoaracnoidei; assenza assoluta di germi; *c*) meningismo=casi in cui non si riscontra alcuna alterazione anatomica che giustifichi il quadro clinico ed i sintomi soli esistono ad indicare una sofferenza tossica o dinamica degli elementi nervosi. Questo gruppo perde sempre più terreno.

Ma d'altra parte in alcuni ammalati che avevano presentato segni clinici di reazioni meningee talora assai imponenti, non essendosi riscontrata alcuna corrispondente alterazione del liquido. Roger-Voisin e Laiguel-Levastine si risolsero a cercare fuori delle meningi, nelle condizioni della corteccia il sustrato anatomico della sindrome meningea. Questi AA. con ricerche di fine tecnica istologica riscontrarono lesioni delle cellule piramidali in casi con meningi integre e che avevano presentato sintomi clinici di reazione meningea; mentre invece in altri casi in cui clinicamente non si erano manifestati sintomi di meningite, pure esistendo alterazioni lievi meningee le cellule sottostanti piramidali si mostrarono sane. Ne viene di conseguenza che il complesso di questi fenomeni deve essere oggi aggruppato

sotto il nome più preciso di *reazioni encefalo-meningee.*

Ed è con piacere grande che si può ricordare il merito di un italiano, il Belfanti, nell'avere compreso per primo, ed affermato già nel 1890 l'importanza delle tossine nella interpretazione di questi casi.

L'essermi imbattuto in un caso in cui il quadro clinico fu imponentissimo per somiglianza con quello di una vera meningite; nel quale esisteva indiscutibilmente in causa un tossico ad azione elettiva sul sistema nervoso, e che non ho trovato sia stato già citato come causa di reazione encefalo-meningea, mi ha indotto a questo studio facendomi ritenere che questo mio caso potesse, non senza qualche utile rappresentare un altro interessante dato di fatto in questa importantissima questione di patologia e di clinica.

M. P., anni 26, commesso viaggiatore, celibe. Padre morto di cardiopatia, madre vivente e sana. Il p. godè buona salute nella sua fanciullezza. Si dedicò assai precocemente ad abusi sessuali di ogni genere e non recedette mai da questa strada. È fortissimo fumatore: 50-60 sigarette al giorno. Non abusa di vino nè di alcoolici.

La sua prima malattia rimonta a 4 anni fa, quando quasi all'improvviso fu colto da dolore alla base dell'emitorace destro. Il dolore si accentuava negli atti respiratori, sorse affanno, febbre modica e dopo qualche giorno tosse secca stizzosa. Fu diagnosticata dopo qualche tempo una pleurite essudativa destra, e si sarebbe estratto, per una volta sola, circa un litro e mezzo di liquido. Il p. tra malattia e convalescenza restò infermo 3 mesi circa. Dice di non essersi poi mai completamente rimesso: persistette modica tosse con discreto espettorato di cui il p. non si curò poichè attribuiva il tutto all'eccesso di fumo e di Venere che egli stesso non nasconde affatto.

Un anno fa fui per la prima volta chiamato presso di lui che accusava: deperimento, astenia, tosse con espettorazione abbondante sopra tutto al mattino, dolori ad ambo le spalle, ma prevalenti a destra ove si estendevano anche anteriormente. L'esame obiettivo di quell'epoca, mi rilevò l'esistenza di una lesione tubercolare bilaterale prevalente a destra, ed emisi la diagnosi di tubercolosi ulcero-caseosa del lobo superiore e medio del polmone destro, e broncopolmonite tubercolare del lobo superiore del polmone sinistro.

L'esame dell'espettorato: Koch positivo. La radioscopia praticata in seguito confermò la diagnosi clinica. Esclusa la possibilità di una cura alla Forlanini, il p. fu sottoposto, più che altro *ut quid fieri*, ad una cura mineralizzante e ricostituente ad alte dosi.

La malattia presentò una sosta, e la scomparsa dei segni clinici più gravi dell'affezione permise, dopo circa un mese e mezzo, che il p. riprendesse le sue occupazioni, e sopra tutto i suoi stravizi. Le cose decorsero con gli alti e bassi proprii della malattia fino al dicembre u. s.

D'improvviso fui chiamato presso di lui. Accusava: una cefalea atroce che lo costringeva alla immobilità più assoluta del capo nel decubito supino. Ogni moto accentuava enormemente le sue sofferenze, onde si lamentava a voce alta, mentre su tutto il volto si disegnava la più tipica maschera del dolore. *Anamnesi prossima*: Il giorno precedente dopo aver passato una notte fuori di casa era rientrato al mezzodì, si era gettato in letto senza pranzare, aveva la testa pesante.

Verso le ore 14 si era svegliato in preda a un violentissimo dolore di capo che era cresciuto sempre più fino al momento attuale. Verso la mezzanotte aveva avuto vomito senza sforzo notevole, di poi il vomito si era ripetuto una sola volta. La temperatura era salita sui 38°.4 poi 38°.8. Alvo chiuso da 48 ore, minzione regolare, forse un po' abbondante e frequente.

Esame obiettivo: Condizioni generali scadute. Sensorio integro. Il p. si lamenta di continuo portando le mani al capo e stringendolo forte. Decubito preferito il supino. Facies contratta con netta maschera del dolore: occhi semichiusi, fronte corrugata, sopraccilia aggrinzate, denti serrati, solco naso labiale e commessura orale stirata in alto. Cute e mucose pallide. Pannicolo adiposo scarso, muscoli ipotrofici e ipotonici. Linfoglandole grosse un cece o un fagiolo, di consistenza parenchimatosa, indolenti, non deformate, mobili, alle regioni latero cervicali ed agli inguini d'ambo i lati. Scheletro regolare. Abito longilineo.

Lingua umida impaniata. Nulla al faringe.

Polso, uguale, ritmico a pressione bassa a frequenza 80. T. febbrile 38°.8. Respiro, normale, superficiale. Collo rigido, ogni tentativo di movimento spontaneo è rifiutato dal p.; al tentativo di moti passivi sia di lateralità che di flessione si trova una notevolissima resistenza mentre il p. grida per l'accentuarsi dei dolori.

Torace: ispezione statica: scarno, cilindrico, non simmetrico, fosse sopra e sotto clavicolari, sopra e sotto spinose bene evidenti. Angolo di Louis poco sporgente, epigastrico acuto. La base dell'emitorace destro è più ristretta di quella di sinistra; Ispezione dinamica: tutto il torace si espande pochissimo negli atti respiratori specie nelle parti alte. Alla palpazione: lieve dolenzia nelle fosse sopraspinose e sopra clavicolari più intensa a destra. Il fremito vocale tattile è notevolmente rinforzato nella sopra e sottospinosa di destra.

Percussione: suono ridotto apice e sotto-apice di sinistra, suono ridotto su tutto l'emitorace di sinistra più accentuato nelle parti alte. Base poco mobile a sinistra, del tutto immobile a destra.

Anteriormente suono ridotto nella sottoclavicolare destra, con tendenza al suono ridotto timpanico. Non fenomeno di Wintrich.

Ascoltazione: nella fossa sopra e sottospinosa, sopra e sottoclavicolare di destra rantoli crepitanti dopo la tosse. Nella zona di suono ridotto lievemente timpanitico, espirazione nettamente soffiante e rantoli sonori, raramente qualche rantolo a timbro metallico. Inferiormente respiro fievole con espirazione rude. All'apice sinistro espirazione prolungata rude, non fenomeni umidi.

Cuore: itto al 4° spazio intercostale all'interno dell'emiclaveare. Toni netti su tutti i focolai. Sdoppiamento del secondo tono sulla polmonare.

Addome: pianeggiante, simmetrico, poco trattabile indolente. Fegato: limite super. dell'ottusità al 5° spazio sull'emiclaveare, in basso non si pal-

pa. Milza: polo superiore alla 9ª costa sulla ascellare media, polo inferiore non si palpa. Reni: non si palpano; indolenti i punti renali e ureterali.

Sistema nervoso. Facies: (v. all'inizio dell'E. O.). Pupille: uguali, midriatiche, reagenti alla luce ed alla accomodazione ma torpidamente. Le congiuntive sono fortemente iperemiche. Oculomozione: normale, nessun deficit motorio, assenza di nistagmo. Nessun deficit a carico degli altri nervi cranici. Nessun dolore alla pressione sui punti di emergenza del 5°.

Lingua: lievi tremori fibrillari, nessuna deviazione, nè sul pavimento della bocca, nè sporta dalla arcata dentaria. Motilità normale, non fatti di atrofia nè altro.

Collo: È tenuto fermo in modo assoluto. I moti attivi vengono del tutto rifiutati dal p. che afferma gli provocano intenso dolore. I moti passivi sia di lateralità che di flessione o estensione, e più ancora quelli di rotazione attorno all'asse, offrono una resistenza notevolissima, e determinano grida del p.

La flessione del mento sul petto è appena possibile accennarla. Evidentissimo il sintoma di Kernig provocato sia facendo sedere il p. ed opponendo resistenza alla flessione delle ginocchia (il p. grida e si lamenta di violenta cefalea e tenta flettere le gambe) sia facendo flettere le coscie sul bacino ed estendendo poi le gambe. Arti superiori: nessun atteggiamento speciale patologico. Non atrofie nè altro di rilevabile alla ispezione. I moti attivi sono tutti possibili e vengono eseguiti correttamente e prontamente. I moti passivi tutti possibili e non offrono particolare resistenza. Ad arti super. estesi nella posizione di chi giura, occhi chiusi, dita divaricate, gli arti si mantengono allo stesso livello, si abbassano contemporaneamente, si notano solo fini tremori delle parti più distali. Alla prova dell'indice non atassia. Non adiadococinesi.

Arti inferiori: come per i superiori, nessun atteggiamento patologico, non atrofie nè altro. I moti attivi e passivi sono tutti possibili, pronti, corretti e non offrono resistenza.

L'assenza tanto negli arti superiori che inferiori di qualsiasi segno grossolano di paralisi o di paresi, mi spinse alla ricerca minuziosa dei piccoli segni della emiplegia elencati dal Dejerine ma con risultato negativo: a carico della faccia infatti mancava l'anestesia unilaterale della cornea. Il sintoma di Revilliod, cioè l'impossibilità all'occlusione isolata volontaria dell'occhio del lato emiplegico. Il sintoma del pellicciaio descritto da Babinsky, ecc. A carico dell'arto super. erano assenti: il segno della pronazione automatica di Babinsky, il fenomeno della pronazione di Strümpell, ecc. A carico dell'arto infer. ugualmente assenti oltre al classico Babinsky, anche il segno di Oppenheim, quello di Schäfer, il riflesso paradossale di Gordon, quello di Rossolimo, il riflesso dorsale di Mendel-Betcherew, il fenomeno del tibiale anteriore di Strümpell, ecc.

Riflessi: a carico degli arti super. erano tutti presenti, assai pronti e vivaci specie a destra.

I rotulei erano vivacissimi d'ambo i lati specie a destra ove si provocava un clono della rotula vero, prolungato e non facilmente esauribile. Achillei presenti ed esagerati, più vivaci a destra ove esisteva nettissimo clono del piede persistentissimo e con tutti i caratteri clinici del clono vero. Non Babinsky. Cremasterici presenti. Addominali super. medio ed inferiore idem.

Sfinteri in ordine. Sensibilità: mostrava una manifesta iperestesia tattile, termica e dolorifica. Sensibilità profonda conservata.

Riepilogando: i fatti fondamentali riscontrati erano: nell'anamnesi: cefalea violenta, vomito a tipo cerebrale, febbre alta, alvo chiuso. L'esame obiettivo dava: facies contratta, midriasi, congiuntive iperemiche, tremori fibrillari della lingua. Collo rigido, con moti attivi rifiutati, netta resistenza ai moti passivi. Kernig netto ed evidentissimo. Motilità integra tanto agli arti superiori che inferiori. Riflessi esagerati, specie al lato destro. Clono vero della rotula e del piede destro. Non Babinsky. Nulla a carico degli sfinteri. Iperestesia tattile, termica e dolorifica.

Di fronte a un quadro simile in un tubercoloso polmonare, non seppi che pensare a una lesione meningea e mi parve che si imponesse la necessità di una puntura lombare per confermare o meno la diagnosi molto sospetta di meningite tubercolare. Se sintomi di deficit cerebrale, specie dei nervi cranici basali non vi erano, tuttavia la sindrome di irritazione meningea era clinicamente non dubbia.

Il giorno successivo, puntura lombare alla Quincke: dà esito a liquido limpido che esce a gocce ravvicinate: se ne estraggono circa 20 cmc. Esame del liquor: albumina assente. Nonne negativo, assenza di reticolo del Mya. Esame del sedimento negativo, non linfocitosi. R. Wassermann nel liquor negativo.

Decorso: in seconda giornata: persiste cefalea intensa ma meno grave del giorno precedente. Non ha più avuto vomito. Esiste non più Kernig netto, ma un accenno a Kernig. Alvo sempre chiuso. I riflessi persistono esagerati specie a destra. Persiste il clono del piede e della rotula con tutti i caratteri del clono vero. La temperatura è scesa a 37°.9. Il polso è 70. Non è comparso nessun deficit motorio a carico degli arti nè dei nervi cranici. Reperto polmonare invariato.

Esame delle urine: reazione acida. Peso specifico 1019. Albumina assente. Zucchero assente. Sedimento nulla.

In 3ª giornata: condizioni subiettive migliorate, la cefalea è ridotta a un senso di intontimento e di pesantezza al capo. Persiste iniezione congiuntivale intensa. Non vomito, alvo chiuso. Urinazione abbondante. Il Kernig è scomparso, i riflessi sono esagerati solo a destra ove persiste il clono della rotula e del piede. Febbre: 37°.5-37°.9.

In 4ª giornata: è scomparsa ogni sensazione molesta al capo. Kernig assente. Riflessi normali, un po' esagerati, ma non si riesce in alcun modo a provocare il clono nè della rotula nè del piede. L'alvo si è aperto dopo un clistere semplice. Il p. dice di essere guarito.

In conclusione, il quadro grave, preoccupante, del primo giorno, che parlava nettamente ed indiscutibilmente per una lesione meningea si era andato attenuando fino a scomparire del tutto in quarta giornata. L'ipotesi di una meningite tuber-

colare cadeva, come del resto era già caduta per l'esame del liquor. L'unica diagnosi sostenibile restava quella di meningite sierosa (Quincke) o di meningismo, o, con termine più proprio, di reazione encefalo-meningea da... x.

La denominazione di meningite sierosa è usata in modo un po' controverso. Alcuni AA. la rendono sinonimo di meningismo; altri AA. la differenziano nel senso che la ammettono solo se nel liquor si rinviene albumina (Max-Rothmann nel Mohr) — nel mio caso se si accetta questa definizione essa sarebbe senz'altro da escludersi —; altri infine credono sufficiente per caratterizzarla un semplice aumento di pressione nel liquor. Io rigetto quest'ultima, e la prima definizione parendomi troppo semplicista e più adatta a creare imbarazzi che altro. Dunque meningismo, o secondo le ultime vedute di Roger-Voisin reazione encefalo-meningea.... ma da che cosa?

Si sa che in molte malattie infettive acute: tifo, polmonite franca, sepsi, scarlattina, influenza, suole presentarsi con frequenza il così detto meningismo. Ma queste malattie erano assolutamente da escludersi nel caso in esame. Nella tubercolosi è rarissimo, io oserei dire eccezionale il meningismo. Ho trascorso molti mesi al Sanatorio Umberto I di Roma ove esiste un numero enorme di malati ed ove la meningite tubercolare è discretamente frequente, ma mai ho riscontrato un caso del genere con sindrome imponente all'inizio e rapidamente scomparsa di poi. Seguo ormai il malato da undici mesi; ho tardato appositamente la pubblicazione del caso per escludere il sospetto che si potesse trattare di una sindrome meningea attenuatasi che poi si sarebbe risvegliata in seguito come netta meningite tubercolare, ma in undici mesi nulla è comparso. Viceversa il 5º giorno di malattia sorse chiara la spiegazione del quadro: il p. mi confessò di avere la sera innanzi prese ben tre cartine di cocaina fornitegli da una sua amica. Era la prima volta che prendeva cocaina, ed era entrato in uno stato di eccitazione formidabile, così egli si esprimeva, poi era seguito un sonno profondo, da cui affermava, neppure la sua compagna era riuscita a svegliarlo: quando spontaneamente si era destato era sorto il quadro che ho descritto.

Può una intossicazione acuta da cocaina spiegare questo caso clinico? Io affermo nettamente di sì. Già Belfanti vide la possibilità di reazioni meningee da causa tossica. Mathes trattando la diagnosi differenziale del complesso sintomatico meningitico comincia proprio il suo scritto col dire:

« Quasi ogni malattia infettiva, ed *anche alcuni avvelenamenti* possono determinare un complesso sintomatico meningitico nel quale almeno i fenomeni generali della meningite possono essere più o meno sviluppati ». Il meningismo tossico dunque è ben noto. Fränkel dimostrò che il giungere dei microrganismi sulle meningi non corrisponde affatto all'iniziarsi dei fenomeni clinici tanto che da eminenti clinici si ammette che i fenomeni della meningite stessa debbano per la maggior parte venire interpretati come fatti tossici. Nessun dubbio quindi e nessuna meraviglia che si possa avere una reazione meningea da intossicazione acuta. Si aggiunga che reazioni encefalo meningee sono state descritte in seguito a cause tossiche di genere assai vario. Per intossicazioni endogene, per esempio nella *uremia* tanto che Ortona vi scrisse un libro. Nelle *elmintiasi* intestinali i pediatri descrivono concordemente la possibilità di sintomi assai simili a quelli di una meningite, che vengono considerati fatti di meningismo, o, più modernamente, di reazioni encefalo-meningee. Questi fatti vennero per il passato interpretati come dovuti a un meccanismo riflesso, ma con molta maggior verità si devono oggi attribuire ad azioni tossiche dovute ai parassiti intestinali. Sono notissime reazioni encefalo-meningee da varie specie di intossicazioni esogene e tra queste primeggia quella di origine *saturnina*. Essa dà una sintomatologia completa che può mentire nel modo più evidente la meningite tubercolare, e rappresenta l'esempio più classico e più noto di reazione encefalo-meningea di origine tossica.

Fatti analoghi sono stati descritti nella intossicazione da *ossido di carbonio*. Per iniezioni endovenose di *salvarsan* e *neosalvarsan* si ebbero vere e proprie reazioni meningee con sindromi cliniche imponenti. (Sicard parla di neurotropismo di allarme). Fenomeni identici si ebbero per azione diretta in seguito a rachicocainizzazione (Guinard).

* * *

Può la cocaina iscriversi tra i tossici capaci di dare questo quadro? Il mio caso ne è un esempio chiaro e mi pare che nulla delle nostre conoscenze sull'azione fisiologica e farmacologica della coca possa opporsi a ciò, anzi tutto il suo comportamento nettamente neurotropo ne è una valida giustificazione.

La cocaina non è altro che l'etere metilico della benzoilecgonina, e si ricava dall'Eritroxilon Coca. Scoperta dal Nieumann nel 1859, fu introdotta nella terapia oculistica da Koller di Vienna, e dalla terapia è passata lentamente all'uso voluttuario come stupefacente. Può dare intossicazioni acute e croniche (cocainismo). La dose tossica umana varia entro grandi proporzioni potendosi avere delle persone ipersensibili che vanno in-

contro a disturbi gravi anche per dosi terapeutiche. È un veleno cellulare neurotropo per eccellenza. Sui nervi agisce determinando quella che Brissaud chiamava una vera « sezione chimica ». Ma quello che mi interessa ora è l'azione acuta sui centri nervosi.

Castaigne dice che giunta per il circolo sull'asse cerebro-spinale vi si fissa ledendo gravemente i suoi centri: le convulsioni, paralisi, i disturbi psichici testimoniano la localizzazione dell'alcaloide sull'encefalo; i fenomeni respiratori indicano la partecipazione del bulbo; l'anestesia, l'ipertermia (?) si spiegano con l'azione sul midollo, e questo interviene per l'intermediario del simpatico a produrre i vomiti, la tachicardia e la dilatazione pupillare. Leuzmann dice che si possono avere anche contrazioni di singoli gruppi muscolari e contratture dolorose che durano a lungo, e perfino convulsioni generali.

Anatomo-patologicamente è stata riscontrata una congestione intensa di tutti i visceri e nel sistema nervoso, degenerazione vacuolare delle cellule, frammentazione dei corpuscoli di Nissl e cromatolisi. Il mio compianto Maestro, il Gaglio diceva che la cocaina agisce sui centri prima eccitando e successivamente paralizzando. Ricordo di aver visto io stesso alla sua scuola degli impressionanti esperimenti dell'azione della cocaina sui cani. Essi entravano in uno stadio di agitazione notevolissima, di eccitazione motoria e a dosi forti erano colpiti da convulsioni tonico cloniche e poi morte in paralisi.

Se si fa un accurato esame della letteratura si vede che i sintomi descritti dagli AA. possono riunirsi in 3 gruppi: disturbi cardio-vascolari, disturbi nervosi e disturbi respiratori.

Nel 1° gruppo rientrano: la tachicardia, il pallore dei tegumenti, il raffreddamento delle estremità. Nel 2° gruppo che è certo il più ricco, vanno catalogati: le pupille midriatiche, le convulsioni tonico-cloniche, e sono state descritte perfino delle paralisi: emiplegia, monoplegia, afasia. Circa le sfere superiori si possono avere: perdita assoluta della coscienza, o eccitazione cerebrale, loquacità, espansività, collere impulsive, soventi allucinazioni visive o tattili. A carico dell'apparato respiratorio si ha: dispnea intensa fino alla produzione di cianosi e morte per asfissia. L'ipertermia è la regola.

Interessante è il caso di Vibert in cui si ebbero fenomeni unicamente nervosi, cioè: emiplegia incompleta occupante la faccia e uno degli arti superiori, ipoestesia e disestesia nello stesso territorio, parafasie seguite da guarigione in 15 giorni.

Da tutto ciò risulta chiaro quanto imponenti possano essere i sintomi nervosi nella intossicazione acuta grave da cocaina e si può comprendere facilmente come si possa giungere ad una vera sindrome meningea tipica che finora, almeno quanto consta dalle mie accurate ricerche, non è stata descritta.

Nel caso da me studiato non è dubbia la causa: ingestione di forte dose di cocaina; purtroppo se ne ignora la dose precisa essendosi consumate cartine vendute alla macchia; ma si tenga presente che la dose, forte certamente (per lo meno tripla di quella sufficiente a produrre i comuni fenomeni stupefacenti) fu usata in un soggetto debole, malato, nuovo al tossico e quindi per nulla assuefatto. Questo spiega i sintomi gravi e preoccupanti che crearono un quadro netto di reazione meningea non ancora citato nella letteratura sul cocainismo il che mi ha indotto a pubblicare questo lavoro.

4 novembre 1925.

BIBLIOGRAFIA.

1) ACHARD-DEBOVE. Man. d. mal. d. l. nutrition et intossications. Masson, 1912.
2) BELFANTI. Riforma medica, 10 marzo 1890.
3) CLOETTA. *Avv. da alcaloidi nel Mohr-Staheelin*, Vol. IV, 1924.
4) COURTOIS-SUFFIT. *La cocaine*. Masson, 1918.
5) DUPRÉ et LAGRE. *Intoss. par oppium*. Fasc. VI, Trait Med. Roger-Widal, Masson, 1924.
6) GAGLIO. Farmacol. Soc. Ed. Milan, 1914.
7) GUINARD. Rev. neurol., 1902, pag. 94.
8) HUTINEL. *Réactions méningees dans les enfants*. Press. Méd., 24 marzo 1924.
9) LEGRY et DUVOIR. *Réact. mening. au cours de l'intoss. par ox. de carb.* Presse Méd., 1908, pag. 838.
10) LENZMANN. *Stati morbosi*, ecc. Ed. Milan, 1914.
11) MATHES. *Diag. differ.* Vallardi, 1924.
12) MOSNY et MOISEL. *Le meningite saturnine*. Rev. Méd., 1907, pag. 506-559.
13) RENÉ MONOD. *Réact. mening. chez l'enfant*. Thèse de Paris, 1903.
14) ROGER-VOISIN et LAIGUEL-LAVASTINE. Arch. de Méd. expér., 1903.
15) SICARD et SALIN. *Réact. mening. aseptiques*. Soc. de Biol., 18-25 giugno 1910.

OSPEDALE CIVILE BARATTO DI SCHIO.
Divisione medica diretta dal primario G. SALMONI.

Contributo allo studio clinico del morbo di Raynaud

per il dott. PIETRO DAL MASO, assist. onorario.

Riferirò il caso che mi capitò di vedere e seguire accuratamente col valido appoggio del primario medico dott. Salmoni, il quale mi fu sempre prodigo di consigli e di aiuti e negli esperimenti terapeutici eseguiti e nelle prove di gabinetto.

La sera del 9 febbraio 1925 veniva ricoverata nella Sezione medica S. Maddalena, d'anni 34, di Schio, nubile, domestica.

Anamnesi familiare. — La madre della p. morì nell'età di 59 a., sembra per forma polmonare specifica: era da diversi anni affetta da cospicua ipertrofia della tiroide. Padre forte bevitore, di carattere facilmente irritabile ed irascibile, morto a 73 a. in seguito a paralisi cardiaca. La p. ha due fratelli da molto tempo emigrati in America e di questi non sa dare notizie esatte.

Anamnesi remota. — Fu sempre, fin dai primi anni, di costituzione somatica gracile; fu allattata al seno materno per circa 11 mesi; sofferse i comuni esantemi dell'infanzia. Ha frequentato con profitto le scuole elementari fino alla terza classe, dimostrando, come pure nel presente, intelligenza discretamente sveglia. Dai 10 ai 14 anni si occupò in una filanda tenendo, per necessità di lavoro, più ore del giorno le mani nell'acqua.

Mestruò alla fine del 14° anno e tale funzione si mantenne abbastanza regolare fino alla primavera dello scorso anno, fatta eccezione di qualche anticipo nella comparsa e di lievi dolori lombo-sacrali, che precedevano ed accompagnavano le regole e che s'irradiavano qualche volta anche all'ipogastrio. Emigrò in Isvizzera per circa tre anni in qualità di domestica; dai 18 ai 25 anni, tornata in patria, prestò l'opera sua come salariata in lavori agricoli. In questo periodo cominciò a notare un progressivo ingrossamento della tiroide. Durante la grande guerra lavorò col Genio civile alla manutenzione delle strade ed allo scavo di trincee nelle retrovie. Fu in quest'epoca che s'ammalò gravemente di tifo, dovendo tenere il letto per diverse settimane. Si ristabilì completamente dopo una lunga convalescenza ed alla fine della guerra, cioè nel 1918, passò nuovamente presso una famiglia a servizio, posto che copriva anche attualmente prima dell'ingresso all'ospedale.

Anamnesi prossima. — Nel maggio dello scorso anno cominciò ad avere le mestruazioni ogni due settimane e della durata di 5-6 giorni, piuttosto abbondanti, con sangue nero-bluastro, quasi color oliva, in parte coagulato, precedute da vivi dolori lombo-sacrali ed ipogastrici; da allora la dismenorrea continua. In luglio fu presa da intensa cefalea, che le durava varie ore del giorno e che le persistette fino ad ottobre, con contemporanea parziale perdita dei capelli che in seguito tornarono a nascere. A novembre comparvero, senza causa apprezzabile, bolle ed eczemi all'estremità delle dita delle mani, specie al dito indice e medio della mano destra; dette bolle si trasformavano in pustole, che si rompevano facilmente, permettendo l'uscita di un liquido denso, quasi purulento, e lasciando delle soluzioni di continuo della pelle, specie nelle zone periungueali. Con semplice medicazione topica, asettica, e con polveri antisettiche, dopo qualche settimana, si riformava l'epidermide, residuando solo in qualche punto piccole cicatrici più o meno irregolari. Alla fine di dicembre, quando già da qualche tempo non si fasciava neanche più le dita ed era tornata alle comuni occupazioni, cominciò ad avvertire un certo formicolio, dolore e senso di freddo alle dita d'ambo le mani, più accentuato verso le ultime falangette, tanto da sentire il bisogno di strofinarle a lungo. Dopo qualche giorno, fermando forse più la sua attenzione per il ripresentarsi più molesto dei suddetti disturbi, s'accorse di un colore bluastro scuro, che le mani dopo questi fatti andavano assumendo. Questi fenomeni locali si ripresentarono sempre più insistenti, con una tinta sempre più cianotica, accompagnati da raffreddamento completo delle dita e di quasi tutta la mano, con dolore e formicolio più vivi, durando in modo vario da pochi minuti fino anche ad un'ora, un'ora e mezza.

Riferiva d'essere stata colta anche da senso di freddo e qualche volta anche da formicolìo ai piedi. In seguito, durante gli accessi suaccennati, fu presa anche da vampate al viso, con forte rossore, da vertigini, da prostrazione generale, tanto da essere obbligata più volte a mettersi a sedere per non cadere. Detti fatti subiettivi erano seguiti da modica sudorazione del viso, in particolar modo ed anche di tutto il corpo. Mentre in un primo tempo gli accessi si presentavano solo poche volte al giorno, in seguito si manifestavano ogni qualvolta la p. metteva le mani nell'acqua fredda o le esponeva in qualsiasi maniera al freddo. Fin d'allora s'accorse pure d'essere presa, più di notte che di giorno, e non sempre contemporaneamente al fenomeno delle mani, da palpitazione di cuore, da aumentata frequenza del polso, che duravano da pochi minuti, ad un'ora al massimo. In queste condizioni, che la p. ha saputo riferire molto bene, passava alla nostra divisione medica.

Esame obbiettivo. — Donna d'aspetto gracile, di colorito pallido, di statura media, del peso di kg. 51. Apparecchio scheletrico un po' deficiente, pannicolo adiposo scarso, pelle sollevabile in ampie pliche, asciutta, sottile. Presenta al cavo ascellare di sinistra una ghiandola ingrossata del volume di una noce, dura, mobile, poco dolente.

Capo. — Dolicocefalo, coperto da capelli scarsi, piuttosto corti, per la loro caduta quasi completa verificatasi nell'autunno scorso. Dentizione normale, ma con la maggior parte dei premolari e molari cariati.

Collo. — Lungo, asciutto; fossa del giugulo bene scavata, sormontata da una cospicua ipertrofia del corpo tiroideo, della grossezza di un uovo d'anitra disposto in senso trasverso.

Apparato respiratorio. — Torace longilineo, angolo epigastrico acuto. Tranne un lieve respiro aspro dell'apice polmonare s. null'altro di notevole (media del respiro 21).

Apparato circolatorio. — Impurità del 1° tono alla polmonare; leggere tachicardie accessuali, anche per la sola presenza dei Sanitari. Pressione dell'art. omerale al Pacini-Angelini mm. 150; polso variabile dagli 85 ai 100.

Sistema nervoso. — Presenta una diminuzione della vista, che la p. accusa dall'età di 7 anni ed una iposensibilità tattile, termica e dolorifica alle dita delle mani e delle parti distali dei metacarpi durante gli accessi asfittici. Riflessi corneali e dell'iride un po' torpidi, addominali esagerati, plantari normali. Riflesso faringeo presente: null'altro di notevole.

Esame morfologico del sangue del 10 febbraio 1925.

Hb (Fleischl) 74; globuli rossi 4,300,000; globuli bianchi 16,000; valore globulare 0,86.

Formula leucocitaria. — Polinucleari neutrofili 74 %; grandi mononucleari 4 %; linfociti piccoli 20 %; forme di passaggio 2 %.

Esame dell'urina. — P. sp., 1016, colore giallo paglierino.

Reaz. acida, albumina; tracce appena apprezzabili scomparse dopo qualche settimana.

Zucchero, sangue: assenti.

RIASSUNTO DEI DIARI.

Nel 1° periodo di degenza la p. veniva più volte al giorno (4-8 anche 10 volte) presa, senza causa apprezzabile, da senso d'intorpidimento e di formicolio alle dita degli arti superiori, che si propagava poi a tutta la mano.

Comparivano quindi pallore, raffreddamento di dette parti che duravano 5-10, qualche volta anche 20 minuti e poi subentrava una tinta cianotica scura con lieve ingrossamento delle dita, che durava anche un'ora e forse più; se la paziente non aveva l'avvertenza di mettere le mani al caldo e di strofinarle a lungo. La cianosi scompariva gradatamente e lentamente e le ultime a divenire normali erano le estremità delle dita, le quali anche a distanza di 2 ore tante volte si presentavano ancora tinte in bleu. Il più delle volte detti fenomeni erano accompagnati da senso di dolore vago, non trafittivo. Nella prima settimana si verificarono anche formicolio e senso di freddo agli arti inferiori, con lieve pallore della cute. Gli attacchi di cardiopalmo comunemente le venivano verso sera ed anche di notte con senso di ambascia; una sola volta ebbi a notare una forte accelerazione del polso (114 p.) durante gli accessi asfittici, perchè in genere si aveva, durante tali momenti, un aumento di 6-10 battute soltanto. Accusava spesso cefalea ed era sovente presa da melanconia. I disturbi mestruali erano sempre presenti e qualche giorno molto forti, tanto da rendere triste ed un po' diffidente verso le nostre cure la povera malata. Spesso si lagnava di capogiri, da senso di caldo alla testa, di momenti di lipotimia, di debolezza generale, specie quando, durante la giornata, gli accessi erano stati più frequenti e più insistenti.

I precedenti fisiopatologici dell'inferma, gli accessi caratteristici di cianosi alle estremità accompagnati da formicolio, dolori, non potevano lasciare alcun dubbio sulla diagnosi del Morbo di Raynaud, forma idiopatica, per la netta distinzione che aveva colle forme affini, pei fenomeni generali che l'accompagnavano e per l'intermittenza dei fatti morbosi propri di tale malattia.

Non si poteva parlare certo di eritromelalgia, perchè nella p. c'era abbassamento di temperatura fin dall'inizio dell'accesso, senza forte turgore e senza pulsazione nei vasi non solo, ma il colore cianotico non si dileguava innalzando le mani; non ho creduto trattarsi di sclerodermia, perchè non si è notato nessun fatto di atrofia o di raggrinzamento delle estremità affette; non è poi il caso di prendere in considerazione l'acrocianosi non essendosi mai verificato un vero turgore sulle mani, nè i piedi furono mai presi da veri accessi.

Forse se c'era un dubbio all'inizio, quando la p. capitò sotto la mia osservazione, esso poteva esistere nei riguardi dell'acroparestesia o nevrosi vasomotoria di Nothnagel; ma potei dissipare anche questo dubbio, seguendo attentamente l'ammalata e non notando alcun fenomeno di anestesia od iperestesia, nè alterazione delle unghie, o spiccata lucentezza della pelle od una abnorme secrezione sudorale delle parti colpite.

In primo tempo la malata fu curata coi rimedi comuni (ferro-arsenico-glicerofosfato di Na=n. vomica) e con le iniezioni di soluzione Durante per l'ingorgo ghiandolare, che presentava al cavo dell'ascella sinistra. Contemporaneamente si ricorse a cure locali a base di bagni caldi, frizioni, ecc. Dopo un periodo di detta cura, che in verità si è dimostrata di un'efficacia molto relativa, e risultata negativa la reazione Wassermann, si è pensato di saggiare l'influenza che sul decorso del processo hanno i vari preparati opoterapici, appunto in base al concetto che l'alterazione nervosa sia provocata da disfunzione delle ghiandole endocrine.

Dapprima si fece uso per una decina di giorni dell'antitiroidina in compresse (3-4 pro die). Gli eccessi asfittici non ebbero a modificarsi per nulla, poichè la malata era presa in media 5-7 volte al giorno dalla sintomatologia già descritta; detti accessi inoltre erano sempre accompagnati da vivo dolore. Il cardiopalmo compariva invece più frequente e più molesto, senza essere in relazione coi fenomeni delle mani. Lo stato generale rimase pressochè invariato.

Per altri 10 giorni venne trattata la nostra malata con la *tiroidina*, la quale però non ebbe a modificare affatto nè la frequenza, nè l'intensità, nè la durata degli accessi e solo parve portare una attenuazione del cardiopalmo. Bastava che la paziente lasciasse la sala comune e si portasse in giardino, per vedere ripresentarsi i fenomeni di sincope e di asfissia. Durante questa prova la malata ha avvertito anche, per una sola volta però, senso di freddo alle estremità inferiori, le quali avevano un colorito molto pallido.

Si esperimentarono poi per 15 giorni *prodotti ovarici* sotto forma di *ovarial*. Si avvertì ben presto il beneficio di questo preparato, poichè dopo qualche giorno si ottenne non solo un miglioramento sensibile delle condizioni e dei fenomeni generali, ma una diminuzione del numero degli accessi; spesso questi si limitavano al semplice stadio di sincope (pallore). Si potè in seguito notare che la sincope e la cianosi alle mani comparivano soltanto sotto lo stimolo dell'acqua fredda, senza però che detti fenomeni fossero accom-

pagnati dai dolori vivi di una volta. Per soli due giorni, in seguito ad un brusco e marcato abbassamento della temperatura, si sono ripresentati con una certa frequenza (4-5 volte nelle 24 ore) gli accessi asfittici.

Dopo questa breve sosta dovuta, come si è detto al freddo, continuarono e si accentuarono i benefici suaccennati.

Infine si saggiò l'azione della *endoganglina surrenale* a goccie.

Con questo prodotto si mantenne non solo il miglioramento ottenuto con l'ovarial, ma si ebbe anche la scomparsa dei dolori, che prima più o meno accompagnavano sempre la sincope e si accentuò il miglioramento delle condizioni generali.

In base alle prove eseguite, si è venuti alla conclusione che i preparati tiroidei non hanno alcuna influenza, mentre quelli ovarici e surrenali producono e la cessazione dei fenomeni generali (vertigini, vampate di caldo al viso, astenia generale, melanconia) e la diminuzione e la scomparsa degli accessi asfittici, tanto che solo l'immersione delle mani in acqua fredda era capace di provocare un accenno delle manifestazioni imponenti, che la nostra malata presentava all'ingresso in Ospedale, non ottenendosi però sempre lo scopo neanche con questo espediente.

Prendendo ora in esame, dopo gli esperimenti eseguiti, la questione tanto dibattuta sull'essenza del M. di Raynaud, io sono proclive ad ammettere una nevrosi del simpatico legata ad un substrato endocrinopatico, od esclusivamente una disfunzione endocrinologica, suffragando questa mia ipotesi con le seguenti osservazioni, ricavate, oltre che dallo studio della mia malata, da altri casi registrati dalla letteratura medica:

1) La malattia può comparire anche in bambini, ma in genere si manifesta dai 12 ai 40 anni, epoca in cui le ghiandole a secrezione interna sono nella loro massima efficienza, eccitabilità, morbilità;

2) Non solo nella mia paziente, ma anche nelle storie riportate da altri autori, che si sono interessati di questa malattia, ho trovato che in molte malate era palese e manifesto uno stato di disfunzione ovarica o surrenale, oppure risultava in loro quello stato subendocrinopatico che il Pende chiamava temperamenti endocrini o diatesi endocrinopatica;

3) La forma morbosa in parola si riscontra molto più frequente nel sesso femminile, che, come è noto dalla Clinica, va più facilmente incontro a questi disturbi;

4) Perchè sono frequenti i buoni risultati che si ottengono con una saggia e prudente applicazione opoterapica. E se non sempre si hanno questi risultati soddisfacenti, ciò può dipendere non dal principio, ma dal metodo irrazionale adoperato. Il Coronedi a questo riguardo dice: « Perchè le applicazioni terapeutiche cliniche dell'endocrinologia portino a risultati fecondi, come condizione necessaria e sufficente, occorre la razionalità della prescrizione, la quale non può fondarsi che nella completa e precisa conoscenza dell'azione fisiologica e del determinismo farmacologico della medesima;

5) In forme affini, quali la sclerodermia, il Matsui all'autopsia ha riscontrato alterazioni istologiche in alcune ghiandole a secrezione interna, il Sequiera ha trovato una insufficienza surrenale controllata all'adrenalina ed il Russi in un suo recente lavoro, pure sulla sclerodermia, parla di disfunzione di una o più ghiandole endocrine.

Forse un giorno, quando i mezzi di gabinetto per lo studio istologico intimo e biologico saranno maggiormente perfezionati ed i preparati opoterapici necessari potranno essere razionalmente propinati e chimicamente controllati in vivo, come si è ottenuto coll'insulina nel diabete mellito, anche tale forma uscirà dal caos patogenetico e terapeutico in cui ancor oggi la troviamo.

Concludendo, io sono del parere che l'opoterapia razionalmente ed opportunamente applicata debba dare i migliori risultati, data l'origine del M. di R. idiopatico da una disfunzione delle ghiandole a secrezione interna surrenale ed ovarica, non trascurando però tutti gli altri mezzi e preparati a base di ferro, arsenico, china, fosforo, che la pratica medica ha già riconosciuti utili come eccitatori e modificatori del metabolismo cellulare del nostro organismo.

BIBLIOGRAFIA.

KOCH. Medicine moderne, 18 dicembre 1901.

L. MOHR-R. STAEHELIN. *Trattato di medicina interna*, vol. V, Morbo di Raynaud.

HUGO STRAUSS. Arch. f. Psichiatrie, vol. 39, fasc. 10, 1905.

TIMPANO. *Sindrome di R.* Policl. Sez. pr., 1915.

M. D. BLOOMFIELD. *Gangrena neurovascolare*. Med. Record, 1914.

SAMAJA. *Morbo di Raynaud*. Gazzetta Ospedali e Cliniche, 1919.

PROSPELOW. *Asfissia locale dell'estremità*. Gazzetta Osped. e Clin., 1904.

HORBINSON. *Mixoedema. M. di R. M. d'Addison*. The British Medical Journal, 1904.

MAGNI. *Sul dito a bacchetta e patereccio indolente nel M. di R.* Gazzetta Osped. e Clin., 1920.

GASPARDI. *Un caso di gangrena simm. loc. delle estremità*. Gazz. Osp. e Clin., 1919.

SOUQUES e MOREAU. Bulletin Academie de médicine, n. 18, 1920.

SACHS. American Journal of the medical Sciences, 1918.
EWARD I. WOOD. Journal of the American med. Assoc., 1907.
LORTAT-JACOB et A. SEZARJ. Comunicazione alla Società di Neurologia. Parigi, 2 dicembre 1915.
PRIBRAM. La Presse Médicale, 15 gennaio 1925.
SASSI. *Contributo clin. sul M. di R.* Gazz. Osp. e Clin., 1895.
CARDARELLI. *Un caso di M. di R.* Riforma Med., 1915.
RUSSI. *Contr. clin. allo studio della sclerodermia.* Gazz. Osp. Clin. 1925.
NAPOLITANI. *Un caso di eritromelalgia idiop.* Policlinico, Sez. prat., 1910.
PORRILLI. *M. di R. in un caso di perniciosa malarica.* Policl., Sez. prat., 1915.
LEGER. *M. di R. d'origine palustre.* Rif. Medica, 1912.
SCHLESINGER M. *M. di R. con eritromelalgia.* Sémaine Médicale, 1913.
TOUCHARD. *M. di R. con sclerodermia e reumatismo cronico.* Sémaine Médicale, 1907.
BRET-CHALIET. *Maladie de Raynaud et lésions cardiovasculaires.* Semaine Médicale, 1900.
A. BECCANAN. *M. di R.*, American Journal Medical Sciences.
O. OSBORN. *M. di R.* Rimorma medica, 1916.
CRESPI. *Due casi di M. di R.* Morgagni, 1912.
E. LEYDEN-F.KLEMPERER. Trattato di malattie nervose, vol. II.
SOUQUES. *Un caso di M. di R. guarito per suggestione col bleu di metilene.* Sémaine Médicale, 1902.
VOIVENELLE-FOINTAINE. *Sindrome di R.* Rif. Med. 1910.
A. PIAZZA. *M. di R. e malattia di Basedow.* Policl. Sez. Prat., 1908.
PLICQUET. *La cura del M. di R.* Présse Médicale, 1899.
M. VANÔT. *M. di R. Un bambino di 3 anni.* Presse médicale, 1912.
BENSANDE. *Doccie d'aria calda nel M. di R.* Semainet Méd., 1909.
W. TIMME. *Gangrène aiguë spont. chez un enfant de trois ans.*
FUSA. *Anatomia umana.* Neurologia, IV volume.
PENDE-CORONEDI, ecc. *Endocrinologia.* Lezioni tenute ai RR. Istituti Clinici di perfezionamento, Milano, 1922.

RIVISTE SINTETICHE.

OSPEDALE DEGLI INFERMI - BIELLA - SEZ. MEDICA (Prof. SATTA).

Sulla odierna terapia diuretica mercuriale

per il dott. VIRGINIO DEBENEDETTI, assistente.

Riassumere e riprendere la questione del « Novasurol » (N.) — larga discussione è stata infatti, tra il 1920 e 1924, agitata e non è per anco sopita su questo tema — può sembrare quasi ozioso oggi che il N. è medicamento famigliare ad un buon numero di medici. Ma se il N. ha ormai superato il periodo di prova non è facile dallo spoglio della letteratura formarsi un concetto chiaro sulle indicazioni, sui metodi, sulla efficenza della cura novasurolica, mentre il quesito del meccanismo d'azione del N., che è se non insoluto almeno sotto vari aspetti ancora oscuro, è venuto assumendo, anche in grazia della considerevole ripresa di studi sulla patogenesi degli edemi e sul bilancio idrico, una notevole importanza scientifica.

A parte queste circostanze un diuretico che offre risultati così insoliti e lusinghieri — cito il *récord* di Hassencamp di una diuresi di cmc. 11.250 con cmc. 4,4 ed il mio più modesto ma in proporzione notevolissimo di cmc. 5000 con cmc. 0,2 — può, a giusta ragione, fornire materia per un esame anche un po' minuto e documentato.

Del N. mi occuperò quindi anzitutto da un punto di vista pratico valendomi della mia esperienza ospitaliera che involge circa un triennio, di poi dal punto di vista particolare della teoria dell'azione novasurolica. Debbo premettere che parlando di terapia novasurolica intendo, per quanto si riferisce alle mie osservazioni, comprendere sotto quel nome anche il « Salirgan » (S.), un preparato simile per proprietà fisiche e chimiche al N., messo in commercio da oltre un anno pure in Italia, che ho avuto agio di usare largamente con effetti terapeutici pari al N. e, contrariamente a quanto alcuno ha creduto troppo ottimisticamente ed affrettatamente di affermare, cogli stessi eventuali inconvenienti proprii del N.

N. e S. saranno però gli unici diuretici mercuriali su cui verterà la presente nota: penso, che, sia per l'azione terapeutica incomparabilmente più ingente, sia per loro composizione (il N. è un sale doppio di ossimercuri — o — clorofenossilacetico e di dietilmalonilurea, il S. è un prodotto di addizione di acetato di mercurio e salicilallilamido — o — acetato sodico) questi due medicamenti debbano occupare in diuretica mercuriale un posto isolato ed assolutamente eminente.

Non condivido perciò l'opinione di parte francese (Blum e Schwab), fondata per altro su troppo scarso materiale clinico che si possano ottenere con il cianuro di mercurio risultati ugualmente brillanti; anche le dosi usate da Blum e Schwab (ctgr. 8) mi sembrano per questo medicamento, la cui eliminazione è di gran lunga meno rapida di quella del N., non prudenti. Per conto mio il cianuro di mercurio al quale posso anche aggiungere il Cyarsal (cianuro mercuriale di salicilato di potassio — 46 % di Hg) è da mettere al livello del « Modenol », salicilato, succinimidato, bicloruro e cloruro di mercurio rivelatisi (per iniezione), in occasione di esperienze comparative con il N., diuretici di azione modesta o trascurabile (Saxl ed Heilig).

Se, sempre nella stessa classe di diuretici, vi è da citare ancora l'ossidulo tannico di mercurio che nelle mani di M. Sternberg avrebbe fatto ottima prova, bisogna però soggiungere che i buoni risultati che lo Sternberg, su di una cospicua esperienza estesa a parecchi anni, ha registrato non hanno ricevuto conferma dal Fleckseder; sicchè, a prescindere dal calomelano, non totalmente abbandonato (Fleckseder) malgrado i noti pericoli ed incidenti, si può ben dire senza esagerazione che ai due preparati — N. e S. — può essere intitolato l'intiero capitolo della odierna terapia diuretica mercuriale.

RISULTATI ED INDICAZIONI DELLA TERAPIA NOVASUROLICA.

Il N. è stato impiegato dagli AA. viennesi Saxl ed Heilig che, com'è noto, ne scopersero incidentalmente le qualità diuretiche, dapprima in stasi cardiali, in idrope cavitarie da cirrosi epatica, in edemi da fame.

Nei cardiaci il preparato ha trovato subito vasta applicazione: nominerò Hassencamp, Perin in Italia, Haggeney, Hubert, Kulcke, Brunn, Schlayer, ecc.

Saxl ed Heilig ebbero aumento di diuresi in una pleurite tubercolare mentre Hassencamp nega che il N. abbia effetto di scarico su versamenti infiammatori; così il Kulcke.

Nelle cirrosi epatiche Mühling ha visto ridursi l'ascite ma aumentare l'ittero, crede perciò di non poterne consigliare l'uso; Hubert è in proposito anche più reciso e lo controindica nettamente.

Haggeney e Fleckseder introducono il N. nel trattamento delle nefrosi in aperto contrasto con Mühling che crede indispensabile per la diuresi novasurolica il buon funzionamento dell'apparato tubulare del rene.

Una più importante estensione delle indicazioni è stata promossa da Eppinger che ha raccomandato il N. nelle nefrosclerosi; Geronne e Schur trovano che l'azione diuretica del N. è indipendente dallo stato buono o cattivo dei reni. All'incontro nelle nefrosclerosi Mühling, Bleyer, Kulcke denunciano incidenti o scarsi risultati; Fleckseder ne sconsiglia ultimamente l'impiego: Schlayer mette in guardia contro il N. in tutte le idropisie essenzialmente renali.

Saxl ed Heilig riprendendo la questione insistono sulla efficienza del N. nei cardiaci, nei nefrotici, nei cirrotici; controindicano il N. gli stati febbrili e cachettici.

Kulcke, che porta uno dei più cospicui contributi di casistica (40 pazienti) proscrive il N. nelle nefrosclerosi, consiglia la più oculata prudenza in ogni idropisia, considera il N. come rimedio estremo al quale è lecito ricorrere solo dopo aver esaurita ogni altra possibilità terapeutica.

Non ho riferito che parte delle opinioni regnanti ed esse, come si vede, sono difficilmente conciliabili oppure contrastanti, tali da indurre a considerare con scetticismo i risultati fin qui esposti dai diversi AA. Si direbbe che le « chances » di riuscita della diuresi nov. abbiano da essere o illimitate o addirittura nulle. Si assiste anche qui, come suole avvenire per ogni novità terapeutica, all'esagerato entusiasmo iniziale seguire le immancabili delusioni, sì che ricercare e ristabilire la verità tra opinioni opposte ed ugualmente ingiustificate è compito assai malagevole.

Io esporrò la mia esperienza prima di rispondere al quesito delle indicazioni.

Essa riguarda individui così ripartiti:

Stasi cardiali pure 62 casi.

Nefro- e cardio-nefroscelerosi (stasi d'origine renale primitiva o prevalentemente renale) 9 casi.

Idropisie varie (compresi versamenti infiammatori) 14 casi.

Cirrosi epatiche (tutte cirrosi etiliche pure) 26 casi.

Concretare in cifre risultati ottenuti in pazienti, che, anche quando appartengono alla medesima categoria, si presentano in condizioni cliniche estremamente disparate è impossibile; tenendo conto che anche per il N. l'effetto diuretico è anzitutto in relazione al volume degli edemi, alla massa cioè di acqua disponibile nei tessuti, io ho considerato per valutare l'efficacia del medicamento la cifra di diuresi (quantità di urina eliminata), la rapidità con cui essa procede, l'esistenza ed eventualmente l'importanza di fenomeni concomitanti. Un paragone deve inoltre istituirsi fra N. e diuretici di altre classi sia per quanto riguarda intensità d'azione sia per quel che si riferisce alla facilità di assuefazione.

La comparazione è stata fatta da me prendendo come termine sopratutto i diuretici purinici (diu-

retina, euphillin per le vie di somministrazione rettale, orale, endovenosa), ma i risultati di questa comparazione non saranno esposti particolarmente: ritengo sufficiente, data l'indole di questo lavoro, esprimerli in un giudizio complessivo

Stasi cardiache. Questi soggetti debbono essere divisi in due gruppi. È una classificazione che io assumo per comodità basandomi su caratteri clinici naturalmente abbastanza grossolani.

In quei casi ch'io chiamerei acuti (39 casi) — scompensi insorti cioè in individui in condizioni generali e miocardiche ancora buone — il N. permette sempre uno scarico più completo e rapido degli edemi di quanto avvenga per la somministrazione di altri diuretici, sì che il periodo critico della stasi è superato quasi di colpo.

In questi malati la diuresi raggiunge le maggiori cifre, è rapida, non accompagnata da inconvenienti.

Nelle stasi croniche (18 casi) — estreme alterazioni della meccanica circolatoria non suscettibili di compenso durevole (insufficienza da miocardio esaurito, vizi di tipo tricuspidale, sinfisi del pericardio, ecc.) e che comportano stasi irriducibile generale con edemi inveterati e duri o limitata al circolo portale con fegato teso e doloroso — il N. mi è apparso l'unico diuretico che permetta, in iniezioni ravvicinate, lo scarico di edemi già formati ed eviti per un certo tempo il loro riformarsi.

Questi 18 pazienti furono efficacemente trattati con cure croniche (dai tre mesi ad oltre un anno).

In tutti i cardiaci, ma sopratutto negli edematosi inveterati, ho sempre osservato *un'azione spiccata direi caratteristica del N. sui dolori epatici.* È noto che la tensione epatica è nei soggetti affetti da stasi cronica specialmente tormentosa e spesso intollerabile; contro di essa possediamo nei diuretici comuni e nei cardiocinetici un mezzo di portata ben scarsa che si riduce rapidamente con lo stabilirsi della non evitabile assuefazione.

Il sollievo procurato dal N. quando lo si somministri saltuariamente (in genere due iniezioni alla settimana), è invece immancabile, regolare, apprezzato dai malati tanto da indurli a richiedere insistentemente l'iniezione. Quello che più importa è che l'azione del N. è qui di gran lunga più persistente e permette l'istituzione di cure protratte, in casi favorevoli quasi illimitate. Dei diuretici purinici (in particolare euphillin per via endovenosa) non si può dire altrettanto.

Il N. non ha effetto (5 casi) quando le condizioni circolatorie siano assolutamente desolate e si accompagnino a stato generale grave (cachessia).

In buona parte dei cardiaci, dell'uno e dell'altro gruppo è però indispensabile il trattamento preventivo o parallelo con cardiocinetici, in generale strofantina in iniezioni miste con N., non tanto per rialzare la pressione arteriosa — secondo vuole il Fodor per il quale l'effetto diuretico è strettamente proporzionale all'altezza della Pr. M.; il che non è e lo si vedrà proprio a proposito delle insufficienze di origine renale — quanto per migliorare, approfittando dell'azione delle strofantine e della digitale complessa e non certo riducibile ad un semplice innalzamento della pressione arteriosa, le scadutissime condizioni del circolo.

Nefro- e nefro-cardiosclerosi. Le nefrosclerosi pure azotemiche ipertoniche (3 casi) mi si dimostrarono refrattarie; negli altri individui di questo gruppo ebbi talora buoni effetti diuretici; generalmente però diuresi tardiva, iniziantesi cioè il giorno susseguente l'iniezione, spesso fenomeni colici violenti.

Idropisie e versamenti vari. Nessuna influenza, al contrario del Kulcke, notai su versamenti cancerigni (3 casi); nullo è il N. negli essudati pleurici (6 casi) ed addominali (3 casi). Buono ma non costante l'esito in edemi cachettici (2 casi).

Cirrosi epatiche. Nei cirrotici con fegato piccolo, raggrinzato, ascite a rapida formazione il N è di azione assai disuguale. Io conto quattro scacchi completi, ma ho visto pazienti intolleranti ad una prima iniezione reagire in seguito con scariche diuretiche soddisfacenti. Nei casi più favorevoli con iniezioni ravvicinate — io ne pratico ogni 4° giorno — è possibile ottenere una diuresi a sbalzi ed opporsi validamente alla trasudazione peritoneale. E non è questo risultato disprezzabile se si pensa trattarsi qui di ammalati costretti unicamente al sollievo del trequarti per la nota impotenza dei diuretici più usuali.

Nelle cirrosi iniziali o comunque a fegato grande il N. è di ottimo aiuto e lo si può somministrare con tranquillità ed a lungo poichè la sua attività si spunta assai lentamente. Associando al N. le prescrizioni dietetiche si ottiene di regola attenuazione o scomparsa dell'ascite senza dover ricorrere allo svuotamento meccanico.

Io ho potuto raccogliere 7 di questi casi che mi sembrano estremamente probativi; ne citerò uno: si tratta di un p. affetto da cirrosi con cospicua ascite risalente ad ormai 14 mesi e punta altrove più volte. In due anni durante i qua'i il p. fece sei brevi degenze in ospedale non ebbi più a servirmi di trequarti; eseguivo semplicemente una serie di 8-12 iniezioni di N. (2 cmc. ogni 4° giorno) ed ottenevo al termine di ciascuna cura perdite di peso di 10-14 kg. e la scomparsa quasi totale dell'ascite. La diuresi si mantiene ir di questo p. tuttora sufficiente; a due anni di ıitiva stanza l'aumento dell'ascite avviene, sotto l'az di iniezioni che il p. eseguisce tuttora amk

riamente, in modo lentissimo. Fatto notevolissimo: le solite dosi di 2 cmc. di medicamento inducono anche ora, dopo oltre quattro anni, effetti diuretici vistosi; dai 3 ai 4 litri.

La ripresa durevole di una diuresi efficace è naturalmente la condizione indispensabile per promuovere e mantenere in questi malati così buoni risultati: e sarebbe deformare circostanze e fatti se non si attribuisse più al trattamento dietetico che a quello medicamentoso la lunga remissione dell'ascite.

Tuttavia importa insistere sulla grande efficacia diuretica del N. in queste cirrosi a fegato grande: la quale riposa forse su intime ragioni non ancora ben chiare ed è tanto più notevole se la si raffronta a quella scarsa e di breve durata dei diuretici purinici.

Come il N. influisca sul fegato in quanto organo regolatore della diuresi lo dimostrano le esperienze di Pollitzer e Stolz. È noto che, come in esperimento tutti i veleni del parenchima epatico, così in clinica i disturbi di funzionalità della cellula epatica, sono capaci di suscitare squilibrii del bilancio idrico severissimi e giungenti all'anuria (negli animali intossicati con veleni epatici) od a quella oliguria già da tempo conosciuta in patologia epatica sotto il nome di opsiuria (Gilbert e Lereboullet).

Pollitzer e Stolz, praticando iniezioni di 2 cmc. di N. han visto seguire, in ogni affezione epatica, anche lieve, passeggera ed interessante il solo apparato bilo-escretore (ad es. ittero catarrale), perdite di peso ed eliminazione urinaria che variano da mezzo a 2 e più kg.; mentre nei sani la maggior eliminazione urinaria delle prime ore viene compensata con una immediata ritenzione cosicchè al termine delle 24 h. non si constatano variazioni ponderali.

In due itteri ho potuto verificare l'esattezza di questo esperimento dal quale è denunciata in sostanza l'esistenza di stasi funzionale nel territorio circolatorio portale — forse, come ritengono Pollitzer e Stolz, per spasmo dell'apparato di chiusura delle vene sopra-epatiche (muskulöse Venensperre di Pick) — durante ed in conseguenza di squilibrii della funzione epatica.

Un'altra prova che ha significato analogo è questa che io ho eseguito su parecchi dei miei cirrotici: se si somministra ad un cirrotico un litro d'acqua a digiuno raccogliendo poi le urine ogni due ore (secondo la tecnica solita della prova del rene) si constatano ritardi di eliminazione che superano talora le 6-10 ore; se parallelamente all'ingestione dell'acqua si iniettano cmc. 2 di N. eliminazione avviene in tempo normale.
l resto che il fegato sia dopo il rene l'organo etta un importante compito nel mantenere costante ed in limiti fisiologici il contenuto di acqua del sangue è abbastanza dimostrato dai lavori di Pick, Mautner, ecc.; che questa funzione subisca gravissimi danni nelle cirrosi ed epatiti in genere è altrettanto noto; da quanto si è detto, e più efficacemente dalla mia esperienza risulterebbe che il N. è tra i diuretici il più attivo nel rialzare la diuresi, nell'ovviare temporaneamente a quei disturbi del bilancio idrico così comuni negli epatici e che noi possiamo in buona parte anche semplicemente riferire, qualunque ne sia il meccanismo intimo di formazione, ad una stasi portale, ad un'ascite latente.

Senza neanche affacciare l'idea, che io non potrei altrimenti documentare, di una più profonda, direi quasi causale azione del N. nelle cirrosi — azione che potrebbe poggiare sull'ipotesi che la stasi funzionale nel territorio epatico, presente, come dimostrano Pollitzer e Stolz, già appena si manifestano lesioni del parenchima, abbia una parte importante nel provocare la proliferazione connettivale che è la base del processo anatomico delle cirrosi (per le cirrosi dei cardiaci l'importanza della stasi è senz'altro chiara) — basti l'aver enumerato quei fatti che illuminano ed in parte spiegano l'attività diuretica del N. nelle cirrosi.

La raccomandazione di un diuretico mercuriale nelle cirrosi non riuscirà del resto nuova; essa ricalca la vecchia norma terapeutica tempo addietro in onore della somministrazione orale del calomelano a dosi piccole cioè diuretiche (ctgr. 1-2 pro die; vedi anche in tempi recenti Bouchard) nel trattamento delle epatiti cirrogene.

***

Le conseguenze che nel campo delle indicazioni posso trarre dalla mia esperienza sono dunque:

restringere il campo d'impiego del N. alle idropisie ove il rene non sia primitivamente o precipuamente in causa: a parte questa limitazione, che per le nefrosclerosi è assoluta e che forse non deve estendersi alle nefrosi luetiche, sulle quali non ho esperienza e per le quali il N. può essere usato in ragione della sua attività antiluetica, il N. trova amplissima applicazione in ogni altra malattia edemizzante; ma i migliori risultati si hanno negli edemi dei cardiaci e nelle cirrosi epatiche; e questi si compendiano:

in una diuresi più efficace quantitativamente e qualitativamente: intendendo sotto quest'ultima condizione la rapidità con cui la diuresi procede; infatti la diuresi rapidissima esercita sui penosissimi disturbi da stasi del piccolo circolo un effetto paragonabile al salasso;

nella minore assuefazione che apre la possibilità di dominare per lungo tempo, in malattie

croniche edemizzanti, l'estendersi ed il riformarsi degli edemi;

nell'azione squisita per non dire specifica del N. sulla circolazione epatica: alla quale vanno ascritti il benefico effetto di questo medicamento sui dolori epatici dei cardiaci e quell'arresto di evoluzione che mi è parso di aver notato in alcune cirrosi iniziali e che può essere messo in rapporto con l'esistenza di un influsso novasurolico sulla stasi portale funzionale delle epatiti cirrogene in stadio ipertrofico.

Presupposto di un impiego corretto del N. è pertanto una esatta esplorazione della funzione renale, che può nella maggioranza dei casi farsi già con la considerazione di pochi dati di facile rilievo: urine a peso specifico basso, pallide parlano contro il rene da stasi il quale non controindica il N. ed è caratterizzato all'incontro dall'urina concentrata, ricca di urobilinogeno, a peso specifico relativamente alto.

INCIDENTI DELLA CURA NOVASUROLICA.

Su questi si affermano alcune delle critiche più vivaci al N. Bisogna dire che sugli incidenti tossici da N. si è da qualche parte esagerato: la stomatite mercuriale, le coliti sia pure con tenesmo e scariche sanguigne, sono evenienze di scarso rilievo, recedono da sole sospendendo il medicamento.

Più gravi gli accidenti nominati dal Bleyer (3 casi in cardiaci) consistenti in brivido, cianosi, caduta della pressione arteriosa sino a vero pauroso collasso. Quadro drammatico vidi una volta in un miocarditico nel quale il N. fu somministrato a dose un po' alta, senza preventivo trattamento cardiotonico, che, nel caso in parola, sarebbe stato di obbligo impellente.

I tre esiti letali consegnati in letteratura (Marlinger, Neustadt, Osteergraad Christ.) si riferiscono ad iniezioni miste con arsenobenzolo e, per manifestazioni cliniche ed anatomiche — in 2 casi encefalite emorragica, in uno eritrodermia — sono chiaramente imputabili ad intossicazione arsenicale.

Rialzi termici (nominati per primo da Hassencamp, poi da molti AA.) seguono frequentemente alla iniezione novasurolica. La febbre è parsa a me più frequente alla prima somministrazione, alta anche in corso di diuresi efficacissime, senza alcun parallelismo con i segni di intolleranza.

DOSI E VIE DI SOMMINISTRAZIONE.

Buona come per ogni mercuriale, in ragione della variabilità di tolleranza individuale, la norma delle dosi refratte inizialmente (0,2-0,5 cmc.); non ho sorpassato, nè ritengo utile il farlo, la dose di cmc. 2,4.

Ho sempre seguito la via endovenosa; più prudenti Nonnenbruchi, Mühling, Brunn, Kulcke consigliano l'iniezione endomuscolare, che è però dolorosa, disadatta a cure croniche, sconveniente quando grossi edemi si oppongono all'assorbimento del medicamento.

MECCANISMO DELL'AZIONE NOVASUROLICA.

Come si esplica l'azione novasurolica?

Alcuni lati del problema non sono ormai piu oggetto di controversia: essi riguardano le modalità di esplicazione della diuresi novasurolica.

Per i lavori di Saxl ed Heilig e sopratutto per le esperienze di Nonnenbruchi sui sani, confermate poi dal Brunn, Bleyer, ecc., ed in Italia dal Diena sono ormai consolidati i seguenti dati:

1) la diuresi nov. si svolge con una rapida eliminazione di cloruri che è nelle prime ore proporzionalmente più intensa di quella d'acqua; la mobilizzazione clorica è evidente anche nei sani nei quali, anche se sottoposti a dieta secca ed aclorurata, è possibile dimostrare ulteriori perdite di Na Cl ed acqua (Nonnenbruchi); forte negli idropici ove l'eliminazione di Na Cl può superare di 30 gr. la cifra media giornaliera;

2) poco od affatto modificata è l'escrezione ureica (tasso complessivo delle 24 h.);

3) la diuresi nov. inizia entro 2 h. (dall'iniezione endovenosa), raggiunge uno o più massimi (curve escretorie a doppio acme sono assai frequenti), si esaurisce di solito nelle 24 h.

La questione del meccanismo intimo del N. è invece argomento dibattuto che si presta tuttora a discussione. Esso si può formulare semplicemente in questo modo:

agisce il N. direttamente sul rene, è cioè un diuretico renale (gruppo caffeina e derivati) od agisce invece sul sangue e sui tessuti provocando idremia alla quale il rene reagisce secondariamente (tipo diuretici salini, urea, ecc.)?

È strano che la soluzione del problema sia stata per lungo tempo cercata seguendo una via se non errata certo non idonea ad offrire dati stringenti e tali da portare ad una decisione. Si indagarono le eventuali modificazioni del tasso di albumina e di cloruri nel sangue, si ricercò cioè l'esistenza di idremia.

Saxl e Heilig constatarono idremia iniziale fuggevolissima; ma Nonnenbruchi, Kollert, Bleyer, Diena e poi molti altri non confermarono oscillazioni della concentrazione sanguigna e Nonnenbruchi anzi dimostrò piuttosto un ispessimento del sangue verso il termine della diuresi (cfr. anche Bohn).

È su questi risultati che si fonda l'opinione di Mühling, Kulcke, Hegler di un'azione primitiva del N. sull'apparato tubulare del rene.

L'argomento è povero e non regge alla semplice ed ovvia contestazione che se l'idremia non è direttamente dimostrabile ciò può avvenire ed anzi avviene in ragione dei rapidi meccanismi di compensazione che intervengono a livellare ogni variazione, ogni squilibrio della composizione sanguigna.

La strada percorsa da molti AA. era in certo senso errata: queste ricerche furono infatti condotte secondo un piano giusto ma non ben concepito perchè gli esperimenti si sono svolti in genere su sani o su idropici non abbastanza colpiti nella funzione renale.

Già il Mühling aveva osservato, senza fermarsi e senza afferrare l'importanza della propria osservazione, idremia durevole in un paziente affetto da rene variegato. Saxl ed Heilig due anni più tardi seguendo la via prospettata dal Brunn, ma in realtà già rivelata inconsciamente dallo Mühling, dimostrarono sull'animale che l'idremia e l'ipercloremia compaiono e perdurano allorchè il rene abbia previamente subìto un danneggiamento importante (intossicazione da uranio).

Cade così il maggior sostegno, per altro sempre di valore negativo, alla teoria di un'azione diretta del N. sui tubuli renali.

La diuresi renale nel senso prospettato da Blum e Schwab ed in parte anche dal Muggia di blanda irritazione sull'apparato renale non appare sufficientemente fondata: questo concetto è respinto da tempo anche per il calomelano — la cui azione diuretica non sta in alcun rapporto con l'influenza deleteria del mercurio sui tubuli renali (Gottlieb e Mayer) — ed è particolarmente inadatto a spiegare gli effetti immediati ed imponenti del N.

Nella controindicazione del N. nelle malattie renali non è implicita l'idea di un possibile danno renale da Hg, danno che non è stato constatato mai nè da me nè da altri: il N. non è diuretico adatto al trattamento delle idropisie renali perchè è presupposto di un buon effetto diuretico la possibilità da parte del rene di un'adeguata risposta all'eccitazione diretta od indiretta provocata dal medicamento.

Si comprende come possa essere difficile, sia per la rapida risposta renale alla diluizione sanguigna sia perchè i mezzi di cui disponiamo sono forse inadatti a misurare minime variazioni nella composizione del sangue, la dimostrazione di idremia nov. nell'uomo. Ma non si può d'altra parte negare importanza agli esperimenti del Saxl sugli animali.

Le modificazioni che avvengono nel corrente circolatorio possiamo darle per dimostrate anche se esse siano in condizioni normali mascherate dal pronto intervento di meccanismi fisiologici.

Del resto di idremia fuggevolissima da N. parlano, come si è visto, molti AA.: la reale intensità di questa noi non perveniamo ad apprezzare fino a che il rene compensi con ritmo fisiologico il maggiore apporto di H_2O e di Na Cl nel sangue.

Per un richiamo di H_2O dai tessuti nel sangue (diuresi di tessuti) si pronunciano Eppinger, Nonnenbruch e, dopo gli esperimenti sugli animali che già ho citato, anche Saxl ed Heilig.

Parlano in favore di un'azione primitiva del N. sui tessuti alcune osservazioni cliniche.

Fleckseder, io stesso abbiamo visto dopo punzione di ascite uno stillicidio stabilirsi per più giorni dal foro lasciato dal trequarti; Hoff ha rilevato una forte secrezione — 5 litri — da vecchi canali di drenaggio dei tessuti senza che la diuresi fosse aumentata. Tezner ha dimostrato in bambini cui iniettava sotto cute forti quantità di soluzione fisiologica che sotto l'azione del N. si ha più rapido riassorbimento dell'edema circoscritto così provocato.

L'azione del N. è stata studiata in vitro dal Bleyer: risulta che il N. rafforza, in unione al solfato d'ammonio, il potere precipitante di questo sale sulle globuline; e sul siero privato della frazione globulinica precipita da solo le albumine: esso diminuisce cioè la dispersione dei colloidi del siero, ne attenua la pressione di imbibizione.

Queste ultime esperienze hanno un valore relativo se si pensa che le concentrazioni usate dal Bleyer — è l'A. stesso che lo riconosce — sono ben lontane dall'enorme diluizione che il N. subisce nell'organismo.

Più decisivi appaiono invece i rilievi clinici che ho riportato e che chiunque può facilmente controllare.

Fleckseder e Pick pensano dunque che il N. esplichi un'azione idrostatica sui colloidi dei tessuti (nel senso di una loro disimbibizione); questi, diventandone meno avidi, cedono acqua nel corrente circolatorio: la diuresi è una risposta secondaria del rene ad un maggior afflusso di Na Cl ed H_2O dai tessuti nel sangue.

Con questa ipotesi l'azione del N. sarebbe dunque approssimativamente quella presunta da tempo per ogni mercuriale (calomelano in specie; a questo con il Fleckseder deve essere riconosciuto inoltre un potere diuretico enterogeno da richiamo e riassorbimento d'acqua nell'intestino).

Potranno altri fattori essere presi in considerazione?

Ad esempio: squilibri di pressione osmotica tra sangue e linfa, influenza sull'equilibrio acido-basico (il Bohn avrebbe constatato una più forte alcalinità delle urine durante la diuresi nov.), eventuale azione diretta sulla «Sperr-vorrichtung»

di Pick delle vene sopraepatiche, possibile eccitazione diretta di centri diuretici?

A proposito di questo ultimo quesito si ponga mente da una parte all'esistenza di un « Salzstich », espressione fisiopatologica di un centro regolatore del Na Cl, dall'altra alla squisita azione mobilizzatrice del N. sui cloruri dell'organismo: questa accompagnata ben spesso da elevazioni febbrili di origine oscura, forse imputabili ad una primitiva e parallela irritazione di centri termo-regolatori.

È certo difficile pronunciarsi in merito a così complesse questioni. Dalla considerazione di alcuni, non di tutti i punti del problema, mi pare derivi l'affermazione che, per quanto l'intima analisi del meccanismo nov. non possa dirsi intieramente espletata, è tuttavia opportuno inquadrare l'azione del N. in campo più vasto e più adatto che non sia il solo emuntorio renale.

Sarebbe infatti illogico, unilaterale considerare l'azione di un qualsiasi diuretico sotto la sola luce della sua influenza sulla eliminazione renale, senza prendere in contemporaneo e parallelo esame le modificazioni che esso può apportare su tutti i congegni che presiedono al ricambio idrico dell'organismo.

Accertate queste modificazioni, con quale criterio giudicheremo che esse siano soltanto secondarie ad una diretta azione sul rene?

Or non è molto Ellinger dimostrava che anche diuretici renali puri (del gruppo purinico) agiscono sulla pressione osmotica delle albumine del siero; e davvero vi sarebbe da domandarsi se l'aumento di irrorazione renale assunto finora come forma tipica dell'azione dei diuretici purinici non sia un effetto secondario ad altri più complessi e generali influssi esercitantisi sui tessuti e sui liquidi circolanti.

In realtà nel giudicare del meccanismo diuretico dei medicamenti non è più possibile prescindere dalle direttive che guidano lo studio del bilancio idrico e lo studio della patogenesi degli edemi: e non è uscire dai limiti modesti di questo lavoro rammentare quanta parte preponderante nel primo abbia assunto l'analisi di una quantità di fattori extrarenali che presiedono direttamente agli scambi tra sangue e tessuti (prorene di Vohlard, Eppinger, ecc.); e nel secondo come siano sorte ed affiorino sempre nuove idee (diatesi idropigena di R. Siebeck — stato delle membrane dei capillari — proprietà idropigene del plasma e delle sierosità degli idropici (Labbé e Violle, ecc.), in grazia delle quali il concetto vieto secondo il quale la causa degli edemi era riposta nella difettosa funzione renale o nella insufficiente meccanica circolatoria può dirsi ormai superato.

***

Pertanto dalla documentazione raccolta in letteratura e dalla mia propria esperienza sono condotto a così concretare il mio giudizio sulla questione novasurolica:

1) Il N. e S., nei quali le proprietà diuretiche del mercurio, già note da tempo antichissimo, sono grandemente intensificate rispondono alle esigenze di una terapia diuretica mercuriale sicura o per lo meno non oscurata da quei gravi incidenti tossici conosciuti, ad es., per la somministrazione orale del calomelano.

L'impiego dei due medicamenti è sopratutto vantaggioso negli edematosi da causa cardiaca diventati resistenti ai comuni diuretici e negli idropici da cirrosi epatica i quali sono solitamente refrattari ad ogni altro diuretico;

2) La diuretica mercuriale è controindicata nelle idropisie a causa renale non tanto per la possibilità di un danno all'apparato tubulare del rene, che nel caso del N. e S. non è stato ancora da alcuno dimostrato, ma perchè è presupposto di un buon effetto diuretico una certa elasticità di risposta renale alle modificazioni indotte dal N. e S. sul rapporto tra sali ed acqua da una parte e colloidi dei tessuti e dei liquidi circolanti dall'altra.

Vi sono fatti clinici — malessere, senso di ambascia sino a vero collasso, maggior frequenza di incidenti colici (questi ultimi quando sono limitati a scariche acquose costituiscono quasi una favorevole azione vicariante dell'intestino verso l'insufficiente filtro renale) — che indicano nei renali primitivi ed in ogni altro malato la cui funzione renale sia profondamente alterata, che il primo essenziale atto della diuresi novasurolica — mobilizzazione di acqua e sali dai tessuti verso il sangue — avviene qualunque sia lo stato dell'apparato renale;

3) L'azione nov. si esplica pertanto essenzialmente al di fuori del rene: le modalità intime del meccanismo di azione del N. — e del mercurio in generale — permangono tuttora in buona parte inesplorate. In particolare due punti potrebbero fornire materia di studio; e sono:

la questione di un eventuale influsso diretto del N. sul fegato in quanto organo regolatore della diuresi;

il quesito se il N. agisca primitivamente su centri vegetativi della diuresi.

Queste due ipotesi che debbono essere affac-

ciate con ogni riserva trovano riscontro clinico nella tipica costante azione del N. sulle sofferenze epatiche dei cardiaci, nella efficacia particolare del N. sui disturbi di diuresi degli epatici; infine nella frequenza con la quale episodi febbrili, che sembrerebbero di origine centrale, accompagnano la somministrazione del N.

LETTERATURA.

SAXL u. HEILIG. W. Kl. Woch., 1920, p. 943.
ID. W. Arch. f. inn. Med., 1922, rif. in Ther. d. Gegenw., gennaio 1922.
ID. Rif. in C. f. inn. Med., Bd. 34, H. I, p. 52.
SAXL. Wien. med. Woch., 1921.
EPPINGER. Ther. d. Gegenw., 1921 marzo.
LANGE. Ibid., 1920 luglio.
NONNENBRUCHI. Mün. m. Woch., 1921, p. 1282.
HUBERT. Ibid., 1921, p. 1555.
BRUNN. Ibid., 1921, p. 1554.
MÜHLING. Ibid., 1921, p. 1447.
MÜLLER-PITZNER. Ibid., 1922, n. 12.
BURWINCKEL. Ibid., 1922, p. 202.
M. STERNBERG. Med. Kl., 1923, n. 13.
HAGGENEY. Ibid., 1922, p. 48.
SCHLAYER. Ibid., 1922, n. 45.
FODOR. Ibid., 1923, n. 20.
MARLINGER. Ibid., 1922, p. 111.
TEZNER. Ibid., 1923, n. 23.
SCHUR. Rif. in C. f. inn. Med., Bd. 29, I, p. 24.
GERONNE. Ther. d. Gegenw., 1922, febbraio.
KULCKE. Kl. Woch., 1922, p. 622.
BLEYER. Ibid., 1922, p. 1940.
FLESCH. Wien. med. Woch., 1922, n. 44.
NEUSTADT. D. med. Woch., 1921, n. 28.
OSTERGAAD CHRIST. In C. f. inn. Med., Bd. 31, p. 18.
BOHN. Dtsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 143, H. 4.
DIENA. Minerva medica, 1922, n. 16.
PERIN. Rif. Policlinico, Sez. prat., 1922, p. 1339.
MUGGIA. Rif. med., 1924, n. 49.
HOFF. Rif. Klin. Woch., 1925, p. 1185.
BLUM et SCHWAB. Presse méd., 1922, p. 1081.
ELLINGER. Mün. m. Woch., 1920, n. 49.
FLECKSEDER. Klinik der Diurese. J. Springer, 1924.
PICK. *Ueber Wasserhaushalt Diurese und Diuretica*. J. Springer, 1924.
POLLITZER u. STOLZ. Kl. Woch., 1924, n. 13.
BROCK. Ibid., 1922, n. 21.
OEHME. Ibid., 1923, n. 1.
MAUTNER u. CORI. Ibid., 1922, n. 11.
M. LABBÉ et VIOLLE. Ann. d. Méd., 1925, luglio.
ID. Compt. R. d. Soc. d. Biol., 1925, fasc. 12, p. 963

Confronta inoltre sul « Salirgan »:

BRUNN. W. Kl. Woch., 1924, n. 37.
REDLICH. Ibid., 1925, n. 13.
BERNHEIM. Ther. d. Gegenw., 1924, H. 12.
ROSENBERG. Klin. Woch., 1925, n. 12.
GÜNZBERG. D. med. Woch., 1925, n. 15.
HERZKY. Mün. m. Woch., 1925, n. 13.

SUNTI E RASSEGNE.

VIE DIGERENTI.

Sul carcinoma dell'esofago.

(H. SOUTTAR. *Proceedings of Royal Society of Med.*, 1925, n. 6).

Circa il 4 % delle morti per cancro è dovuto al carcinoma dell'esofago. È assai più frequente nell'uomo che nella donna. Nelle donne si presenta in genere in età giovane, forse in rapporto a spasmi da neurosi, più frequenti in tale età. Ha sede in alto, nel mezzo, o presso il cardias, circa in corrispondenza dei punti fisiologicamente ristretti.

Generalmente è ad epitelio piatto, con cellule che tendono anche alla cheratinizzazione: i cilindrici sono più rari.

Di solito circonda l'esofago, lo stenosa, e si ulcera. Ma talora è laterale, disturba poco la canalizzazione, e non viene diagnosticato. Le metastasi non sono frequenti ad osservarsi, forse pel rapido decorso.

Facilmente viene interessato il ricorrente, più difficilmente le radici dorsali; bisogna pensare anche al cancro dell'esofago nel caso di dolori toracici persistenti.

Il primo sintoma è generalmente la disfagia, ma è già un segno tardivo. Possono aggiungersi o precedere i segni di compressioni sugli organi circostanti (nervi, vene, trachea, ecc.). Generalmente si viene a sapere che già da qualche tempo il paziente deperiva, per l'intossicazione cancerosa, o per il riassorbimento di materiale settico dall'ulcera cancerosa. Il carcinoma che insorge dietro la cricoide spesso dà precocemente un dolore all'orecchio che è quasi patognomonico.

Nei primi tempi l'ingestione dei cibi è seguita da vomito di scarsa quantità di alimento, perchè non è ancora formata una grossa sacca, contrariamente a quanto accade nel cardiospasmo. Però l'irritazione del neoplasma provoca una eccessiva secrezione di muco che suol essere emesso al mattino.

Se sono interessate le vie aeree (compressione o invasione) il muco può esser prodotto anche in queste e provocare una tosse incomoda e persistente. Le fistole esofago-tracheali sogliono essere tollerate a lungo senza che insorga polmonite *ab ingestis*.

Negli ultimi periodi il deperimento è rapidissimo: si può per qualche tempo arrestare intubando l'esofago.

I dati più notevoli dell'esame obbiettivo sono il deperimento notevole, l'anemia spiccata, tume-

fazione ghiandolare al collo o nell'addome, modificazioni della voce, dispnea. Inoltre i sintomi direttamente a carico dell'esofago, in rapporto col grado e la sede della stenosi, rilevabili con le sonde, la radioscopia, l'esofagoscopia.

Le sonde vanno adoperate con prudenza, perchè è facile produrre perforazioni o false strade.

L'esame radiologico porta per lo più direttamente alla diagnosi di stenosi da neoplasma.

L'esofagoscopia, mezzo privo di pericoli in mani sperimentate, serve anche e più al trattamento, in quanto permette l'introduzione di sonde per la dilatazione esofagea, sotto il controllo della vista.

Plummer fa inghiottire, ai pazienti nei quali la sonda non passa, un lungo e grosso filo di seta: quando un capo è giunto nell'intestino, il filo resta fisso, e su di esso si può introdurre una sonda scanalata. Ma il sollievo è breve, di poche settimane.

L'esofagoscopia permette anche generalmente l'introduzione di tubi di filo d'argento dorato: quelli adoperati dall'A. hanno sezione ovale e sono imbutiformi in alto. Non è difficile applicarli, è raro che vengano emessi col vomito, o inghiottiti ed emessi per l'ano. Possono restare in posto anche oltre un anno, e danno immediato sollievo: permettono di masticare e deglutire bene.

La gastrostomia eseguita tardivamente è pressochè inutile, e la sua mortalità è alta, in rapporto alle gravi condizioni del paziente.

Eseguita precocemente prolunga la vita, ma in condizioni di grave sofferenza e incomodità. Talora tuttavia qualche tempo dopo la gastrostomia, il paziente può nuovamente inghiottire.

L'asportazione del tumore e la ricostruzione dell'esofago è intervento di solito inutile per la tarda diagnosi, gravissimo per sè e per le condizioni dell'infermo; non è mai completamente riuscito: generalmente porta alla formazione di una fistola.

L'esame radiologico dell'esofago (G. Vilvandrè, ibidem), che ha una decisiva importanza diagnostica, si pratica col pasto denso o con boli molto densi che il paziente deglutisce. Si è pure consigliato di far deglutire un sottilissimo tubo di gomma a sacco, da riempire di bario, onde vedere le minime deformità.

Taluno sostiene che i boli possono soffermarsi lungo l'esofago anche senza stenosi: normalmente si soffermano solo al cardias. L'estremo inferiore dell'esofago si vede generalmente bene in posizione emilaterale.

Una forte dilatazione di un tratto dell'esofago indica una stenosi cronica: nel carcinoma è lieve o manca. La stenosi da carcinoma è irregolare. Un esofago dilatato, con ostruzione del cardias, anche se la dilatazione ha contorno irregolare, dipende generalmente da spasmo del cardias.

L'impressione aortica sulla parete esofagea anteriore non suole esser causa di errore per chi vi fa attenzione. Delle deformità da pressione esterna si suole rilevare facilmente la causa (aneurisma, cisti, tumore, linfoghiandole, mediastinite, ecc.). I diverticoli eventuali si mettono facilmente in evidenza.

In caso di stenosi dell'esofago è bene pensare, in ordine di frequenza, prima al carcinoma, poi al cardiospasmo, quindi alle stenosi cicatriziali da ingestione di caustici.

I raggi hanno sull'esofagoscopio il vantaggio di mostrare se la stenosi è tortuosa, e di mostrarla in tutta la sua lunghezza. Messo in posto il tubo servono a controllare se il cibo passa per esso, o fuori, con ulteriore danno della parete esofagea lesa. Le rare fistole esofago-tracheali sono tollerate a lungo, e del bario suole passare nei bronchi senza disturbi notevoli nè conseguenze.

DORIA.

Contributo allo studio delle gastrorragie da causa mal conosciuta.

(DELORE, COMTE e LABRY. *La Presse médicale*, n. 6, p. 83, 1926).

Esistono certe gastrorragie legate ad una vascolarizzazione anormale dello stomaco e che si possono accompagnare a disturbi dispeptici.

Non esiste nessuna lesione apprezzabile della mucosa e queste così dette « emorragie gastriche criptogeniche » sono state argomento di discussione recentemente alla Soc. de gastro-ent.: Duval e Roux (1924) in alcuni casi non rinvennero lesioni delle mucose, Favoy (1924) prima, e poi Delort e Luquet (1925) ritennero essere dovute le gastrorragie a lesioni infiammatorie microscopiche da gastrite subacuta; Kummer (1924) in 3 casi sospetti che potesse l'emorragia gastrica essere data dalla sifilide.

Sull'argomento White (1906) pubblicò 29 osservazioni di gastrotaxi (emorragie gastriche) controllate all'operazione od all'autopsia, nelle quali non vi erano lesioni dimostrabili della mucosa; ritenne che è inutile l'intervento chirurgico e che la causa delle gastrorragie risiede nei vasi dello stomaco. Tale opinione è stata condivisa anche recentemente: Banet ritiene che esse siano dovute ad emorragie congestive da compressione misconosciuta (vasi mesenterici?); Lardennois crede che siano dovute anche a semplici aderenze; Loeper giudica che in un certo numero di casi siano dovute a lesioni delle vene dello stomaco.

Gli AA. riportano due casi:

1) a. 36; da due anni ematemesi e melena, accentuatesi da 3 mesi: anemia intensa; disturbi dispeptici e dolori epigastrici vaghi. All'intervento lo stomaco si presenta dilatato, non ispessito, esteriorizzabile, senza lesioni gastriche o perigastriche; non lesioni duodenali o delle vie biliari. Arterie gastriche serpentine dilatate. Gastroenteroanastomosi post. transmesocolica. Allacciatura della coronaria stomachica e dell'arcata gastroepiploica. Guarigione perfetta da 5 anni; non più gastrorragia;

2) a. 35; operato nel 1917 di gastrodigiunostomia per disturbi gastrici datanti da 2 anni. In seguito scarso miglioramento. Nel giugno 1925 melene gravissime. Radioscopicamente niente di anormale. Gastrodigiunostomia ben funzionante. All'intervento nessuna traccia di ulcera gastrica; a livello del piloro un'aderenza bassa: non briglie. La gastrostomia non rivela alcuna ulcerazione, ma la ferita gastrica sanguina molto, a getto; l'arteria gastro-epiploica d.. è serpentina, grossissima, con battito energico. Serie di legature lungo il decorso di esse fino al piloro. Gastroenterostomia ampia. Guarigione completa accertata anche dopo 5 mesi, miglioramento delle condizioni generali; non più gastrorragie.

Queste due osservazioni sono interessanti per l'aspetto dei vasi, simili ad aneurismi cirsoidei o ad alcuni gozzi vascolari pulsatili. La briglia infiammatoria rinvenuta nella 2ª osservazione non poteva essere la causa di queste gastrorragie. Si tratta di alterazioni vascolari puramente locali. Riguardo alla causa, in mancanza di altra spiegazione possibile, è il caso forse di riferire tali lesioni a malformazioni vascolari o a fenomeni vasomotori?

L'aspetto dello stomaco ed il successo dell'intervento rendono improbabile l'ipotesi di una semplice coincidenza della scomparsa delle gastrorragie. Le cure mediche, invano esperite, imposero l'intervento. La estensione delle alterazioni vascolari indusse alle legature estese; nel 2° caso lo scacco delle sole gastroenterostomie fece intervenire nuovamente; la mucosa gastrica sana e le intensità dell'emorragie suggerirono l'allacciatura dell'arteria coronaria stomachica.

Gli AA. riconoscono che la quistione delle gastrorragie da causa non conosciuta non è risolta.

I due casi innanzi illustrati dimostrano che esistono gastrorragie da vascolarizzazione abnorme dello stomaco (stomaco vascolare pulsatile). In casi simili legature multiple dei vasi dello stomaco possono essere seguite da successo definitivo. Quando esista un grande stomaco si completerà l'intervento con una gastroenterostomia, essendo questa però insufficiente come unico trattamento di tali gastroenterorragie. JURA.

I tumori solidi dell'appendice.

(L. LÉORAT. *Revue de Chir.*, 1925, n. 4).

Nonostante il gran numero di lavori su quest'argomento i tumori dell'appendice non hanno quasi esistenza clinica, poichè la loro diagnosi non si fa quasi mai.

Seguendo i criteri dati dall'istologia e non dall'andamento clinico si possono distinguere dei tumori benigni e dei maligni.

Tumori benigni. Sono molto rari e nella letteratura se ne registrano appena pochi casi: si tratta di lipomi, adenomi, fibromiomi, endometriomi. Questi ultimi sarebbero dei piccoli tumori, grandi quanto una noce, costituiti istologicamente da elementi ghiandolari della mucosa uterina. Talora s'ipertrofizza anche lo strato muscolare, costituendo dei rari adenomiomi, chiamati endometriomi extragenitali, che si sono trovati anche nel tenue e nel crasso.

Tumori maligni. Sarcomi: sono pochissimo numerosi; molti descritti come tali erano degli epiteliomi.

Epiteliomi: sono i più interessanti, molti AA. non ne hanno mai osservati, ma ciò è dovuto probabilmente al fatto che non sono stati esaminati sistematicamente i pezzi asportati; si ammette in genere che esista 1 cancro su ogni 100 appendici asportate e che esso sia nella proporzione del 5 % degli altri cancri intestinali.

Una particolarità etiologica da rilevare è che il cancro dell'appendice è un cancro dei giovani, talora perfino dei bambini; il massimo di frequenza è ai 30 anni, mentre per il cancro del cieco è ai 45 anni.

Nei riguardi della *patogenesi* si osserva costantemente la coesistenza del cancro e di lesioni appendicolari in grado variabile. Quali delle due lesioni è la primitiva? L'istologia patologica che ha potuto sorprendere la cancerizzazione di appendici obliterate, che hanno avuto un passato patologico, appoggia l'idea dell'appendicite primitiva. Anche clinicamente questi tumori sono stati preceduti da crisi di appendicite.

Anatomopatologicamente se ne distinguono due forme: una diffusa, rara; una circoscritta, più frequente; il tumore per lo più del volume di una noce può risiedere alla punta, alla base o nel mezzo dell'organo. Questi focolai dapprima limitati e latenti sono capaci di estendersi a un dato momento e possono invadere il ceco.

Istologicamente si distinguono due tipi: il cancro a cellule cilindriche o adenocarcinoma e il carcinoide, o cancro a cellule argentaffine. Questi ultimi sono costituiti da cordoni cellulari anastomizzati in tutte le direzioni e formate da cellule argentaffini, simili alle cellule di Kultchitzky nor-

mali. Ciascun cordone è circondato da un reticolo capillare, alcuni rami del quale penetrano nel suo interno. Questa disposizione è simile a quella delle ghiandole endocrine.

Secondo alcuni, questi tumori deriverebbero dalla proliferazione extranervosa di cellule neurocrine. Secondo altri dalla proliferazione intracongiuntivale di cellule epiteliali di origine intestinale, dapprima emigrate nei nervi e specializzate in una funzione neurocrina: sarebbero dei paragangliomi.

Gli adenocarcinomi sarebbero epiteliomi cilindrici simili a quelli, del resto, del tubo digerente.

Sintomi. Per lo più sono quelli della forma classica dell'appendicite acuta o subacuta. Perciò la diagnosi è quasi impossibile. Daltronde nei casi acuti è inutile cercar di fare la diagnosi fra cancro e appendicite: si tratta di appendicite preparata da un neoplasma.

Una complicazione, ma non interessante, è l'invaginazione appendiculo-cecale; abbastanza frequenti sono, invece, l'ulcerazione e la perforazione che portano sia alla peritonite, sia all'ascesso o al tumore colloideo.

L'estensione locale agli organi vicini è rara.

Le metastasi esistono, per quanto tutti gli AA. parlino della benignità tutta particolare dei cancri dell'appendice: Ne sono state riscontrate nella mammella, nei gangli, nella parete addominale, nel peritoneo.

Nei riguardi della prognosi è dei più benigni: una volta asportato non recidiva che raramente (2 % dei casi).

Cura. Nelle forme localizzate basta l'appendicectomia, però sarà sempre bene esplorare i gangli periappendicolari e toglierli se sembrano sospetti.

Nei cancri ceco-appendicolari o della valvola di Gerlach s'impone un intervento più esteso: resezione del segmento ileo-cecale.

MATRONOLA.

SANGUE.

La diminuzione della clorosi.

(HOFFMANN. *Münchener Medizinische Wochensch.*, 1925, n. 39).

È stato rilevato che negli ultimi decenni la clorosi è diventata molto rara sia negli ospedali che nella pratica privata. Non è il caso di pensare ad un'oscillazione della morbilità per detta malattia come si verifica per alcune infezioni, perchè al riguardo manca ogni prova diretta e ogni riferimento di analogia. Il fenomeno non può attribuirsi ad un'unica causa, perchè molte circostanze vi concorrono.

Va innanzi tutto notato che il perfezionamento dei mezzi diagnostici ha consentito di attribuire ad altre forme di anemie, specialmente ad anemie sintomatiche, molti casi che per lo passato venivano considerati come clorosi.

Al riguardo si devono precisare i fatti in base ai quali si può far diagnosi di clorosi:

1) La malattia si manifesta esclusivamente nelle donne; è da escludersi che esista la clorosi maschile: quei casi che sono registrati nella letteratura non poggiano su elementi inconfutabili, trattandosi per lo più di manifestazioni di tubercolosi latente;

2) La clorosi si manifesta all'epoca della pubertà. Se ne possono verificare forme croniche o recidivanti anche nell'età adulta, ma in ogni caso la prima manifestazione rimonta alla pubertà. Le recidive sono più frequenti in primavera ed in autunno;

3) La malattia non è causata da agenti esterni, ma da cause interne. Contro le pretese cause esterne sta il fatto che le recidive si ripresentano senza alcuna modificazione del tenore di vita e dell'ambiente in cui si vive, e che la clorosi guarisce malgrado persistano le pretese cause esterne e spesso solo in seguito ad opportuno trattamento medico;

4) Devono escludersi del tutto le cause tossiche. Non v'è alcun indice di distruzione ematica, il siero è incolore, non v'è siderosi degli organi, non febbre, non dimagramento, non diazoreazione nè urobilinogenoreazione nell'urina. Non vi sono forme ematiche patologiche come nei processi tossici. Non tumore di milza. Il reperto ematico è costituito semplicemente da ipocromatosi dei corpuscoli rossi;

5) Esistono anemie transitorie con analogo reperto ematico, ma che non presentano nessuno dei caratteri classici della malattia, e sono le anemie sintomatiche. Esse rappresentano il segno di una transitoria insufficienza del midollo osseo derivante da cause diverse;

6) Nella vera clorosi si ha una particolare costituzione fisica, un tipico abito clorotico consistente in:

a) scarsa pigmentazione della cute specie al petto; diminuita pigmentazione solare: le clorotiche non diventano brune al sole di alta montagna e del mare;

b) infantilismo ed ipoplasia degli organi sessuali, che si manifesta con la irregolarità delle mestruazioni. Generalmente non si ha ipoplasia anatomica, ma solo ipofunzione del midollo osseo;

e) sistema scheletrico bene sviluppato, torace normale, spesso abbondanza di tessuto grasso;

7) Quasi sempre con l'anamnesi si accerta la ereditarietà della malattia;

8) Spesso, non sempre, si ha diminuzione del numero dei leucociti; mai linfocitosi;

9) Azione curativa delle grandi dosi di ferro, azione che può considerarsi come elemento diagnostico.

La clorosi è attualmente attribuita a deficienza della formazione del sangue dipendente da debolezza funzionale del midollo osseo in rapporto a disfunzione delle glandule a secrezione interna, specie delle ovaie, ma anche dell'ipofisi, della tiroide, delle surrenali, ecc. Si tratterebbe di una alterazione periodica pluriglandulare dipendente da cause costituzionali interne.

I sintomi subbiettivi della clorosi sono: al mattino notevole debolezza che scompare alla sera, cefalea, affanno e cardiopalmo in seguito a sforzi.

I progressi dei metodi diagnostici hanno ridotta la statistica dei casi di clorosi, ma la frequenza di quest'affezione è sicuramente ed effettivamente diminuita per cause varie.

Deneke attribuisce la riduzione della frequenza dei casi di clorosi al miglioramento delle condizioni igieniche ed al più confaciente abbigliamento della donna, specie all'abbandono dell'uso del busto. Non vi è dubbio che la nutrizione del popolo è migliorata, sono migliorate le condizioni degli alloggi. D'altra parte la donna oggi vive più all'aria aperta, il suo abbigliamento è più semplice, più spigliato, e sopratutto ha abbandonato quello strumento di tortura che era il busto. Ciò non poteva non influire sullo stato di salute della donna, e sopratutto sui suoi organi di sanguificazione.

Al fenomeno forse ha anche contribuito la circostanza che le cure di ferro sono oggi molto diffuse in rapporto al fatto che le ragazze si curano da sè seguendo i suggerimenti e la suggestione della propaganda reclamistica di preparati così detti ricostituenti, che quasi tutti contengono ferro. Anzi Nägeli ritiene che per questo la clorosi è attualmente più frequente nelle campagne che nelle città.

DR.

INFEZIONI.

Sulla piemia postanginosa.

(E. FRAENKEL. *Deutsche med. Wochenschrift*, 15 gennaio 1926).

L'A., in una sua pubblicazione antecedente aveva descritto dieci casi di piemia postanginosa ed aveva scelto tale denominazione appunto perchè essa indica in modo evidente che si tratta di una infezione delle vie sanguigne con metastasi consecutiva, dovuta alla continuazione del processo infiammatorio dalla regione tonsillare alle vene che ne derivano. Ritorna ora sull'argomento perchè ritiene necessario che il medico pratico abbia la nozione della gravità di questa malattia, la quale deve anche essere abbastanza frequente poichè negli ultimi cinque mesi cinque nuovi casi sono venuti alla necroscopia nell'Istituto di Anatomia patologica di Amburgo.

L'A. riporta in succinto le storie cliniche e le necroscopie dei cinque casi osservati da cui risultano nell'anamnesi la presenza di angina, di febbre, di dolorabilità al collo ed alla regione dell'angolo della mandibola, di flebiti e di ingorghi ghiandoari. Alla sezione si trovarono processi purulenti nelle vene; nella vena facciale comune i tessuti erano come impregnati di pus, nella vena faringea ascendente si trovò del pus e le pareti interne della stessa giugulare erano ricoperte di pus. Oltre a ciò si riscontrarono metastasi diverse alle articolazioni, ai polmoni, alle pleure, ecc.

Queste nuove osservazioni confermano che si tratta in tali casi di un'infezione diretta delle vie sanguigne che, dalle tonsille o dalle vicinanze si diffonde, con o senza suppurazione, alle vene; si ha in conseguenza una flebite purulenta od una trombosi flebitica che può arrivare fino alla vena giugulare interna. Vi sono però degli autori i quali ritengono che la prima tappa dell'infezione si faccia dalle tonsille alle ghiandole regionali e da queste alla vena giugulare interna. I fatti però dimostrano l'insostenibilità di questa opinione, in quanto che manca nella massima parte dei casi la suppurazione e persino l'ingorgo infiammatorio delle ghiandole stesse.

Noi conosciamo, è vero, una malattia infettiva in cui l'infezione delle vie sanguigne e specialmente della giugulare si fa per mezzo dei noduli linfatici al collo ed è questa la scarlattina complicata da gravi processi necrotici alle fauci. L'A. ha avuto occasione di fare molte osservazioni in proposito durante una diffusa epidemia di scarlattina. Nei casi di scarlattina con questa complicazione, si osservano di fatto le tanto temute e notevoli infiltrazioni dei noduli linfatici in uno od in entrambi i lati del collo. La periadenite infiammatoria porta all'adesione dei noduli fra di loro e con i tessuti vicini, specialmente con i vasi del collo, i quali rimangono come incastrati fra i pacchetti ghiandolari e così (come accade per la giugulare interna) possono venire infettati dall'esterno. In questi casi, però, mancano i processi di flebite nelle vene tonsillari ed essi si distinguono quindi da quelli della piemia postanginosa. L'infezione delle vene si limita nei vari casi da scarlattine ad un tratto più o meno lungo della giugulare interna.

Nemmeno si può ammettere che il processo si inizi con una trombosi, poichè nella maggior parte dei casi, anzichè questa, si ha una endo-

flebite infettiva; e tanto meno si può ritenere che dal trombo (che secondo l'A. non esiste) della giugulare l'infezione possa risalire a ritroso nell'interno delle vene fino alle tonsille. E che l'infezione delle vene dall'esterno sia poco probabile, lo dimostra un caso dell'A. in cui, nonostante esistesse una suppurazione circostante alla vena, non si ebbe affatto nè infezione della parte di questa, nè formazione di trombosi. La piemia postanginosa va quindi ritenuta nella maggior parte dei casi come un'infezione diretta delle piccole vene che appartengono alle tonsille, e dunque come una affezione sanguigna primaria.

Soltanto eccezionalmente può accadere che la giugulare possa infettarsi per un processo suppurativo delle ghiandole linfatiche vicine; lo dimostra il fatto che l'A., nei 15 casi di piemia osservati ha riscontrato tale infezione una sola volta.

Nulla di nuovo si può dire sull'agente patogeno della malattia. In due degli ultimi cinque casi osservati, l'A. ha isolato, con la emocultura un bacillo gram-negativo anaerobio che non si è dimostrato patogeno per gli animali ciò che evidentemente non esclude che possa esserlo per l'uomo. La durata della malattia ha variato da un minimo di 7 ad un massimo di 16 giorni. Il lato preferito è nella maggior parte dei casi (11 su 15) il sinistro; nulla può dirsi per spiegare tale preferenza.

Nei riguardi della terapia, è stata proposta la legatura della giugulare, la quale è stata pure eseguita in 6 dei casi dell'A. senza però salvare l'ammalato. Il giudizio su questo procedimento terapeutico però potrà essere dato soltanto quando si sia in possesso di una più ampia statistica. Inoltre si dovrà precisare in quale momento si debba intervenire; alcuni ritengono che l'intervento sia indicato quando si hanno le prime manifestazioni di dolore e di rigonfiamento all'angolo della mandibola; altri vorrebbero che si intervenisse al primo brivido; ora quest'ultimo sintomo non può, evidentemente, offrire nessuna indicazione poichè tutti hanno osservato la guarigione di casi di febbre puerperale anche dopo 40-60 brividi. Recentemente Melchior ha pubblicato l'osservazione di due casi di guarigione dopo l'allacciatura della giugulare. In uno di essi, si ebbero, 5 ed 8 giorni dopo l'intervento dei brividi, in seguito ai quali si decise di liberare anche la giugulare dal lato sano e di aprire il seno sigmoideo che furono trovati entrambi intatti. I brividi continuarono, ma la temperatura diventò intermittente; 19 giorni dopo l'allacciatura si formò un ascesso al giugulo che venne aperto; la paziente guarì poi lentamente. Nel secondo caso, i brividi cessarono subito dopo l'allacciatura e la paziente guarì rapidamente. Anche in questi casi è da escludersi ogni infezione linfogena. Un altro caso di guarigione è riportato da Uffenorde che intervenne per aprire un ascesso in corrispondenza del muscolo digastrico.

Dalle sue osservazioni l'A. è tratto alle seguenti conclusioni:

1) Lo sviluppo della piemia postanginosa è da riferirsi all'invasione diretta delle vene che partono dalle tonsille da parte del processo nelle tonsille stesse o nelle loro vicinanze; si tratta quindi di infezione diretta delle vie sanguigne.

2) L'affezione delle vene si stabilisce spesso in modo continuo fino alla giugulare ma può anche, saltando dei singoli tratti, localizzarsi dapprima nella vena facciale posteriore o nella giugulare interna e dare ascessi metastatici ai polmoni con empiema consecutivo uni- o bilaterale. Si possono avere ascessi anche nel grande circolo, anzitutto nei reni e poi anche nelle articolazioni.

3) Come agenti dell'infezione si sono osservati più spesso gli streptococchi ed i pneumococchi, ma anche degli anaerobi.

4) Solo in via eccezionale l'infezione delle vie sanguigne può farsi per mezzo di noduli linfatici del collo che si dipartono dalle tonsille.

5) Clinicamente, l'infezione delle vene del collo si può riconoscere per il dolore laterale del collo, spontaneo o provocato con la pressione; tale dolore si osserva spesso, ma non costantemente.

6) I brividi possono mancare.

7) Non si conosce un metodo di trattamento interno che possa influenzare la piemia postanginosa.

8) L'allacciatura della giugulare è giustificata dal punto di vista teorico, ma in pratica porta a frequenti insuccessi; il giudizio su tale intervento non può per ora considerarsi come definitivo.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Prof. ARNOLFO CIAMPOLINI. *La Traumatologia del Lavoro nei rapporti con la legge.* Roma, Casa editrice Pozzi, 1926. Prezzo L. 80.

Con la promulgazione della legge degli infortuni sul lavoro in agricoltura la medicina infortunistica, che in passato era coltivata da un ristretto numero di medici specializzati degli Istituti assicuratori e dei grandi centri industriali, è venuta ad interessare la gran massa dei medici rurali, specialmente di quelli condotti. Al medico la legge assicurativa agricola riserva compiti molto più gravi di responsabilità che non la vecchia legge sugli infortuni industriali.

È il medico, infatti, per lo più quello condotto, che deve raccogliere la denunzia dal lavoratore agricolo e trasmetterla all'ente assicurativo; è il medico che per primo deve riconoscere l'esistenza dell'infortunio nei suoi caratteri giuridici e in quelli clinici, onde evitare frodi ed abusi da una parte e dall'altra; è il medico che deve accertare e descrivere i sintomi che presenta l'infortunato all'atto della denunzia, compito questo della massima importanza perchè il primo accertamento costituisce la base più sicura per i giudizi successivi, e l'elemento più prezioso per risolvere le controversie.

Da qualche anno, perciò, si è sentita nelle Università la necessità di insegnamenti speciali di infortunistica, impartiti agli studenti nei corsi ufficiali e liberi di medicina legale, e ai medici nei corsi di perfezionamento. Le comuni cognizioni cliniche, infatti, non sono sufficienti per mettere il medico generico in grado di assolvere i compiti che gli sono demandati dalle leggi assicurative del lavoro: basta accennare ai complessi problemi riguardanti il nesso fra le più svariate alterazioni morbose ed i diversi traumi che possono colpire l'organismo per causa del lavoro, la valutazione degli esiti degli infortuni, e la simulazione.

Sia, però, ai medici che hanno potuto seguire questi corsi, sia, ed a maggior ragione, a quelli che non poterono usufruire di insegnamenti speciali, è indispensabile un libro che sia di guida alla risoluzione delle varie questioni che interessano l'infortunistica, che fissi i punti fondamentali della dottrina, che ricordi le cognizioni già apprese, che illustri con l'esemplificazione pratica i concetti teorici.

Il volume pubblicato dal Ciampolini risponde a questa necessità e colma una lacuna esistente nella letteratura medica italiana.

Con ciò non voglio affermare che il nostro Paese fosse finora privo di un trattato di Infortunistica. Esso esiste da un pezzo ed è opera insuperata, e forse insuperabile, di colui che in Italia fu maestro di quanti coltivano la specialità. Questo dice anche il Ciampolini nella prefazione, quando a Lorenzo Borri dedica, con nobile e grato animo, il suo libro. Il magistrale trattato del Borri, però, per la sua mole, per il suo carattere spesso polemico, per lo sviluppo dottrinale dato a molti problemi più specialmente giuridici, per la ricca casistica e per le discussioni di cui abbonda, se costituisce un'opera preziosa di consultazione ed è il vangelo degli specialisti propriamente detti, non è alla portata di tutti ed esorbita dalle necessità di un medico pratico. A questo sono sufficienti idee semplici e chiare su quanto è acquisito nella dottrina e nella giurisprudenza, e la conoscenza del metodo e delle direttive da seguire nei giudizi che è chiamato a dare.

Questi scopi ha avuto di mira il Ciampolini; essi furono raggiunti egregiamente nel volume di cui parliamo.

Solo chi, come lui, ha dedicato da molti anni la sua attività di studioso e la sua opera di pratico alla Infortunistica poteva assolvere degnamente questo compito, ed emancipare l'Italia dai manuali francesi e tedeschi che correvano nelle mani di molti.

Il volume, edito dal Pozzi in una veste che fa onore all'industria libraria italiana, è nominalmente una seconda edizione di altro pubblicato molti anni fa, ed accolto con successo dalla classe medica. In sostanza, però, esso è un vero rifacimento del primo, tante sono le aggiunte fattevi, sia per sviluppare maggiormente alcuni capitoli, sia per aggiornare i contributi portati su diversi argomenti dagli studiosi, specialmente nostrani.

La trattazione della materia vi è completa; la sobrietà della esposizione non è disgiunta da quella chiarezza che è necessaria per comprendere facilmente lo stato della dottrina sui vari argomenti.

Nella I parte, di carattere generale, egli svolge tutte le questioni riguardanti la figura giuridica dell'infortunio, le varie cause lesive, la capacità lavorativa e le sue minorazioni, la valutazione della inabilità, la simulazione, la procedura per la liquidazione delle indennità, gli organi giudicanti, la perizia e la autopsia.

Nelle altre tre parti in cui è diviso il libro esamina sistematicamente gli effetti delle azioni lesive sui diversi organi e sistemi, trattando specialmente della loro patogenesi, dei loro sintomi, del loro decorso, delle sequele morbose che possono derivare anche a distanza di tempo, delle loro ripercussioni sulla capacità lavorativa. Molto sviluppo è dato allo studio delle lesioni traumatiche degli arti, come quelle che più frequente-

mente si verificano negli infortuni, e delle funzioni delle mani e degli arti inferiori in rapporto al lavoro. È riassunta in modo chiaro e completo la dottrina riguardante i possibili rapporti fra traumi e malattie interne o a carattere generale, frequentemente illustrata da esemplificazioni casistiche molte volte personali; sono indicati di volta in volta i criteri da adottarsi per un giudizio di nesso.

Negli argomenti ancora controversi, l'A. evita di impelagarsi in polemiche e discussioni, e di enunziare o far prevalere il suo punto di vista; enumera imparzialmente le opinioni più accreditate, lasciando al lettore la critica e la scelta.

Numerosi sono i riferimenti agli studi e alle monografie degli infortunisti italiani, il cui contributo è spesso ignorato, e quasi sempre obliato, dagli autori stranieri. Anche sotto questo aspetto, perciò, l'opera del Ciampolini merita plauso.

L'omissione, che qualcuno potrebbe criticare, di indicazioni bibliografiche, le quali, specie per gli scritti di maggior importanza sui diversi argomenti, potrebbero essere utili per chi volesse approfondire meglio lo studio di una data questione, è, sotto un certo aspetto, più che un difetto, un pregio del libro, perchè lo rende meno ingombrante e pesante, tenuto specialmente conto che esso ha voluto essere più una guida che un trattato.

Il volume del Ciampolini incontrerà certamente il favore della classe medica. L'attività dell'A. come studioso e scrittore di problemi di Infortunistica è troppo conosciuta perchè si possa dubitare che egli anche con quest'opera non abbia portato un lodevole contributo alla divulgazione della specialità. SALVATORE DIEZ.

R. PELLEGRINI. *Manuale d'infortunistica generale* Editore Galatola, Catania. Prezzo L. 40.

In questi due volumi sono raccolte le lezioni che sull'infortunistica ha dettate il Pellegrini, Ordinario di Medicina Legale a Catania.

Vi sono esposti, e largamente spiegati, i concetti informatori della legislazione e della giurisprudenza sull'assicurazione infortuni, ed è largamente indicata e commentata la rispettiva procedura.

Opera utile non solo per medici, ma anche per avvocati, assicuratori, datori di lavoro e lavoratori. DR.

A. MORI. *Oneri, limiti e finalità delle cure a vantaggio degli infortunati sul lavoro.* Pubblicazione a cura del Ministero dell'Economia Nazionale, Roma.

È una memoria premiata al Concorso bandito nel 1922 dal Ministero dell'Economia Nazionale. Nella relazione della Commissione aggiudicatrice a proposito di questo lavoro è scritto: « Tutti gli aspetti del tema sono svolti ampiamente e magistralmente, con copia di dottrina storica e legislativa, e con buona logica. Gli scopi della legislazione sociale, l'esame del modo come il legislatore ha provveduto alla reintegrazione economica del danno ed a quella della capacità lavorativa, i legami esistenti fra questo scopo e la prestazione delle cure, la critica delle diverse forme di assistenza medica agli infortunati nei diversi Stati, i limiti dell'obbligo delle cure, gli oneri e le finalità che esse devono proporsi sono trattati con ordine, completamente, con piena cognizione di ogni singolo argomento, con chiarezza e profondità di vedute ». DR.

G. PROSPERI. *Le malattie da lavoro.* Un vol. in-8° di pag. 147. Panetto e Petrelli, Spoleto, 1925.

L'A. in questa sua monografia tratta delle malattie da lavoro da un punto di vista generale, considerandone la entità clinica e la sistemazione scientifica, esaminando la legislazione comparata e gli aspetti medici e giuridici, e diffondendosi ampiamente sul problema assicurativo in rapporto alle malattie professionali specifiche che sono tratte diffusamente e con competenza.

La memoria è stata premiata nei concorsi a premio per studi inerenti alle assicurazioni sociali e la Commissione aggiudicatrice ha concluso riconoscendo che l'A. dimostra di conoscere molto bene in tutti i loro aspetti le questioni tecnico-assicurative ed i rapporti che hanno con esse le malattie da lavoro, mostra criterio giuridico sicuro ed ha cognizioni vaste di medicina legale e d'infortunistica; trattasi in complesso di un lavoro diligente ed esatto scritto da persona studiosa di questi argomenti. *fil.*

A. CIAMPOLINI. *L'organizzazione dell'assistenza curativa agli infortunati del lavoro.* Editore Barbèra, Firenze. Prezzo L. 25.

In quest'elegante volume della Collezione di manuali scientifico-pratici di medicina edita da Barbèra, il Ciampolini tratta dell'importanza assicurativa e sociale delle prime immediate cure agli infortunati, delle cure successive negli ospedali e negli ambulatori, della protesi e della rieducazione professionale.

Espone quale sia lo stato di fatto al riguardo e suggerisce i complementi ed i perfezionamenti necessari.

In appendice è riportata la legislazione e giurisprudenza in tema di assistenza medico-giuridica agli operai infortunati nei vari paesi civili.

È un lavoro di grande utilità che attesta la inesauribile produttività dell'infortunologo fiorentino. DR.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

SEMEIOTICA.

L'esplorazione radiologica delle vie aeree coll'iniezione tracheale di olio iodato.

Se ne occupa F. Guyot (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, n. 13, 25 novembre 1925).

Il metodo di Sicard e Forestier si giova del lipiodol: questo olio iodato fu introdotto in terapia da Lafay nel 1901 ed è ottenuto per reazione dell'acido iodidrico sull'olio di garofano e non contiene alcuna traccia di cloro. Un cmc. di lipiodol contiene 0.54 di iodio cioè è al 40 %. Il lipiodol può essere introdotto nei bronchi per la trachea in tre modi: per via sopraglottidea, per via sottoglottidea, per via transglottidea. I tre metodi hanno indicazioni differenti: il metodo sopraglottideo (con o senza specchio) rende difficile l'iniezione di un olio pesante come il lipiodol e se è un metodo buono dal punto di vista terapeutico non permette l'iniezione nei lobi superiori se non facendo piegare il malato. Il metodo transglottideo necessita lo specchio e l'anestesia perfetta laringea: il metodo sottoglottideo o intercricotiroideo è il metodo di scelta per i più per quanto abbia i caratteri di un intervento. Oltre uno studio sul comportamento dei bronchi allo stato normale; l'iniezione di lipiodol permette di studiare in condizioni patologiche la deviazione della trachea e dei bronchi, la presenza di corpi estranei, le dilazioni bronchiali, ecc. Interessante sotto ogni rapporto è lo studio della lipodieresi polmonare: la quantità di iodio eliminata nel primo giorno arriva all'11 %, e quello dei primi 10 giorni fino al 30 %: il resto si elimina lentamente. Possono stabilirsi confronti fra l'eliminazione del polmone sano e malato. E. MILANI.

L'esame radiologico della cavità uterina.

Mediante una sonda appositamente costruita, P. Mocquot (*Rev. de Chir.*, 1925, n. 8), inietta lipiodol nella cavità uterina, seguendo il progredire dell'iniezione sotto lo schermo radiologico.

Nell'utero normale la cavità del corpo appare sotto forma di un triangolo isoscele, i cui margini laterali sono concavi. Inoltre quando la cavità uterina è piena insorge una brusca ed energica contrazione dell'utero, che fa risentire all'ammalata una forte colica e che porta ad un riflusso del liquido iniettato nella siringa o in vagina. Questa contrazione si ha soltanto negli uteri normali o poco alterati, mentre non si produce in quelli colpiti da metrite parenchimatosa, in quelli sclerotici o affetti da miomi.

Quando si vede che la cavità è ben riempita allora si fa una radiografia, la quale permetterà di studiare con precisione le modificazioni di sede, di volume e di forma della cavità stessa.

Molto importanti sono i cambiamenti di forma della cavità uterina. Talora l'utero è molto grande e la cavità non è aumentata, il che significa che lo spessore delle pareti è il principale elemento dell'aumentato volume, talaltra, al contrario, è la cavità che è aumentata. Altre volte la cavità ha una forma assolutamente irregolare, che non ha più nessuna analogia con la forma normale; questa è propria dei tumori uterini e specialmente dei fibromi.

Seguendolo sotto lo schermo l'A. ha visto più volte il liquido scorrere dapprima lungo un margine, dando un'ombra incurvata, poi diffondersi verso la concavità, il che indica una cavità deformata da un tumore arrotondato, che lascia libero un margine e riempie il resto.

Talora il liquido riempie le trombe e di lì si versa nel peritoneo del Douglas, potendo dare così anche un'idea della permeabilità o meno delle tube.

Questa esplorazione sembra all'A. assolutamente inoffensiva, egli non ha mai notato alcun accidente, però ha avuto cura di evitare la ricerca negli uteri emorragici o suppuranti o in quelli nei quali coesistessero lesioni annessiali recenti o in attività. Molte ammalate non hanno avuto alcun disturbo, qualcuna ha avuto coliche uterine o dolori lombari o qualche decimo di febbre la sera dell'iniezione, mai reazione peritoneale, nemmeno quando il lipiodol è passato nel peritoneo.

G. MATRONOLA.

La cistografia obliqua.

Marion, Blanc e Negro (*Journal d'Urologie*, n. 1, 1925) ha riferito alla Società Francese d'Urologia (8-XII-1924) sulle prime cistografie praticate in Francia in posizione laterale.

Fa la storia della cistografia e della sua importanza, ricorda come a Vienna, Sgalitzer e Hrytschak, abbiano da tempo studiato la vescica a diversi stadi di ripienezza, radiografandola in posizione laterale.

Tale posizione è stata studiata anche dall'A. ma con risultati non molto soddisfacenti. Ha pensato allora di modificare la tecnica adattando la posizione obliqua ottenendo delle radiografie, molto dimostrative.

La tecnica seguita dall'autore è la seguente: il paziente è disteso in posizione laterale sul tavolo

e più esattamente in posizione obliqua, cioè è coricato secondo un'inclinazione di 45° con le gambe poco flesse, ottenendo così che il raggio centrale cada perpendicolarmente su di un punto della parete situato esattamente tra la spina iliaca antero-posteriore da una parte, ed il punto medio di una linea che unisce l'ombelico alla sinfisi pubica. Come liquido di riempimento si è servito di bromuro di sodio al 10 %. L'A. pratica la cistografia obliqua insieme con la antero posteriore e la laterale. Con tale metodo di ricerca riferisce i risultati ottenuti radiografando una vescica sana ed una affetta da diverticoli, risultati che sono stati ottimi, poichè è riuscito a localizzare il punto d'origine dei diverticoli stessi.

Concludendo afferma che la radiografia obliqua è il completamento indispensabile delle radiografie in altra posizione.

T. LAURENTI.

Metodo di radiografare il rene estrinsecato operativamente.

Kingreen (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1924, pagina 2472) ricorda la pubblicazione di Beschke, su due applicazioni di questo genere eseguite nella stessa clinica chirurgica di Greifswald alla quale anch'egli appartiene. Aggiunto come il metodo sia stato usato anche prima da altre parti, e come Götze abbia proposto all'ultimo congresso radiologico di impiegarlo nei casi di tubercolosi incerta facendo extemporaneamente la pielografia, illustra un'applicazione di radiografia del rene durante l'operazione, per un calcolo renale relativamente grosso.

Da una radiografia eseguita prima dell'operazione era risultata un'ombra di calcolo grande quanto una moneta da 10 pfennig. All'operazione non si riesciva a palpare il calcolo. Per andare al sicuro, fu eseguita una radiografia seduta stante sul rene esteriorizzato. La lastra, avviluppata sterilmente, fu applicata sulla superficie ventrale del rene, e, per impedirne il movimento durante la respirazione, fu fissata mediante due fili di catgut passati attraverso la massa renale, passati ancora attraverso la muscolatura del margine superiore della ferita, e annodati sopra la lastra: per modo che questa fosse spinta bene in basso e il rene, per contro, fosse tirato bene in alto davanti alla lastra. Sviluppata rapidamente, fu confermata la presenza del calcolo fra i due fili di catgut, molto bene riconoscibili e quindi ottimo punto di riferimento. Il calcolo doveva stare nella sostanza renale subito al disopra del bacinetto, ma da questo raggiungibile. Fu fatta perciò la pielotomia, e attraverso di essa, con una certa difficoltà si potè estrarlo. Si era sottratto alla rivelazione palpatoria perchè era piatto. Particolarmente pratica sembra all'A. la fissazione della lastra al rene mediante i punti di catgut, perchè su di essi ci si può orientare rapidamente davanti al radiogramma.

BAGGIO

CASISTICA E TERAPIA.

Gli accessi di congestione epatica.

Fra le sindromi dolorose epatiche ve n'è una male classificata che non è dovuta ad una migrazione di calcoli. Si osserva nei dispeptici; incomincia all'epigastrio e si diffonde subito ed unicamente a destra, dando dolori all'ipocondrio destro, agli spazi intercostali, al punto dorsale ed allo scapolare dello stesso lato, sicchè non è difficile propendere verso una diagnosi di colica epatica, tanto più poi se compaiono vomiti biliari.

Il fegato è grosso e sporge dall'arcata costale, per quanto possa permettere di stabilirlo il dolore. Questo poi, nei giorni successivi, si riduce nell'acuzie e nell'estensione. Vi sono però ancora delle parti che sporgono dall'arcata; il punto vescicolare può essere la sede del dolore predominante, tanto che si può pensare che la secrezione biliare distenda ancora la cistifellea. Siccome poi nella maggior parte dei casi manca l'ittero, pur facendo diagnosi di colica epatica, si pensa ad una colica vescicolare.

In tal caso, soltanto il reperto del calcolo nelle feci potrebbe dare la sicurezza della diagnosi, sebbene il non trovarlo non permetterebbe di escludere la colica vescicolare.

Però, Paviot (*Journal des praticiens*, 8 agosto 1925) consiglia di dubitare del significato colelitiasico di un dolore critico del fegato, quando esso non è accompagnato da febbre, nè da ittero. Quando esso si associa o si alterna con la sindrome neuro-solare gastrica od intestinale, ne diventa il complemento sintomatico, sicchè si può confermare la diagnosi del tipo epato-gastro-solare.

Queste crisi epatiche hanno grande importanza perchè spiegano le sorprese operatorie che si hanno in interventi indicati per coliche epatiche subentranti, in cui si trova una cistifellea sana e priva di calcoli. Si sarà quindi prudenti prima di consigliare l'intervento operatorio in questi casi. Il trattamento medico invece rimane lo stesso nei casi di litiasi ed in quello di semplici crisi epatiche congestive.

fil.

Sull'ittero emolitico cronico familiare ed ereditario.

W. Dutton (*Journ. A. M. A.*, 20 giugno 1925), riporta cinque casi, tutti nella stessa famiglia. Presentavano più o meno marcata epato- e splenomegalia, e tutti i noti sintomi dell'ittero emolitico congenito. Tuttavia l'A. in questa forma familiare ed ereditaria vuol vedere una qualche differenza dal consueto ittero emolitico congenito.

Egli nota inoltre i criteri differenziali tra questa forma e la malattia di Banti, l'anemia perniciosa a tipo emolitico (discriminazione difficile, che si fonda specialmente sul valore globulare), la malattia di Gaucher (milza che continuamente aumenta di volume, anemia a tipo clorotico, colorito brunastro pallido della pelle, reperto istologico della polpa splenica).

Un caso si giovò della splenectomia, un altro sembrò guarito dopo l'asportazione della cistifellea calcolosa. In due casi era pure apprezzabile clinicamente un aumento di volume dei reni.

Ricorda che la frequenza di calcoli biliari (calcoli puramente pigmentari) si ha nel 60 % dei casi d'ittero emolitico. Tali calcoli si hanno con bile sterile. Le coliche seguono di solito alle crisi di emolisi, con vario meccanismo, probabilmente spesso con quello invocato da Westphal pel quale stimoli di varia intensità del vago, o del simpatico, possono in date circostanze, fare contrarre la cistifellea senza che si rilasci lo sfintere di Oddi, anzi talora con contrattura di esso.

Accenna pure all'importanza che da molti si dà al sistema reticolo endoteliale per la patogenesi della fragilità globulare, e dell'emolisi, che sarebbero la conseguenza di una eccessiva, o pervertita funzione di detto sistema.

Per la produzione delle crisi hanno importanza la dieta inadatta, l'eccessiva fatica, e tuttociò che può avere influenza sul sistema nervoso vegetativo, come il genere di vita, le emozioni, ecc.

DORIA.

Il novasurol nel trattamento delle asciti di origine epatica.

Il novasurol, sul quale pubblichiamo una larga rivista sintetica in questo stesso numero, fu introdotto in terapia da Zieler per la cura della sifilide. Constatate le sue virtù diuretiche, fu consigliato in tutti i casi in cui è necessario sbarazzare i tessuti di liquidi patologici.

Sugli altri composti mercuriali ha il vantaggio di essere facilmente solubile in acqua, e iniettabile indifferentemente per via sottocutanea, endomuscolare e venosa. La sua azione è evidente tanto nelle idropi cardiache che negli edemi di origine renale.

Recentemente si è dimostrato che una delle sue virtù più importanti è quella di aumentare l'eliminazione relativa e assoluta dei cloruri e del sodio nell'urina, indipendentemente dalla diuresi, che in qualche caso fa difetto. Ancora non è stato definito dove tale azione si svolga, cioè se nel rene, nei vari tessuti, o in ambedue.

G. Rowentree, N. M. Keith e C. W. Barrier (*The Journ. A. M. A.*, ottobre 1925) raccolgono 20 casi di ascite trattati col novasurol, somministrato a dose di circa 2 cmc. ogni 3 giorni, per via endomuscolare o endovenosa, saggiando la tolleranza del soggetto con una prima iniezione di 0,50-0,75 cmc. endomuscolari. Contemporaneamente facevano ingerire una dose giornaliera di 10 gr. di cloruro di ammonio.

In dieci casi di cirrosi epatica con ascite la diuresi si provocò costantemente, e in sette la scomparsa del versamento fu stabile, con miglioramento notevole dello stato del malato.

In due casi di morbo di Banti con ascite assai abbondante, in due di cirrosi sifilitica, in un morbo di Pick, in tre cirrotici miocarditici e in una ascite d'origine neoplastica, i resultati furono parimenti buoni, e sempre superiori a quelli ottenuti con tutti gli altri comuni metodi curativi.

Solo in tre casi si ebbero insuccessi. In una cirrosi biliare con splenomegalia ed ascite aumentò l'ittero e comparve diarrea. In un secondo paziente con cirrosi portale la diuresi provocata fu scarsa, e si assistette invece a un dimagramento notevole, che consigliò di sospendere la cura.

In conclusione, tranne queste poche eccezioni, l'edema scomparve in modo rapido, talora stabilmente, talora per lunghi periodi, intramezzati da rare iniezioni del preparato, e il malato riacquistò il proprio benessere.

Tali resultati hanno speciale importanza in rapporto alle moderne teorie patogenetiche dell'edema. Certamente essi fanno escludere una causa puramente meccanica. Durante la somministrazione del novasurol la pressione sanguigna restò costante.

È lecito pensare che l'ascite e l'edema sono da riportarsi ad alterazioni di natura fisico-chimica, probabilmente a carico dei colloidi cellulari. Forse ancora non si è rivolta sufficiente attenzione alla normale funzione escretoria epatica dell'acqua.

In ogni modo si può concludere che oggidì le asciti di origine epatica possono venire convenientemente trattate con mezzi puramente medici.

M. FABERI.

La somministrazione del boldo negli epatici.

Il boldo eccita la secrezione biliare senza violenza, ciò che permette di utilizzarlo nelle affezioni dolorose come la colica epatica.

L'infusione delle foglie di boldo è disgustosa, quindi N. Fiessinger (*Journal de médecine de Paris*, 9 gennaio 1926) preferisce la tintura in ragione di 20 gocce dopo ognuno dei 3-4 pasti. Si prescrive a tale scopo la tintura di boldo a parti uguali con le tinture di ipeca, di genziana, di noce vomica. Può usarsi anche l'estratto fluido (g. 6) con lo sciroppo di cicoria (g. 40) in acqua di melissa: q. b. per 180 cmc.; a cucchiai.

Il boldo è controindicato negli itteri febbrili ed in quelli con ritenzione completa. *fil.*

Vescicola biliare e ipofisi.

Sotto il nome di riflesso pituitario della cistifellea Kalk e Schöudube descrissero fin dal 1924 il seguente fenomeno: l'estratto del lobo posteriore o intermedio della ipofisi per via sottocutanea o intravenosa provoca dopo 25-30 minuti una evacuazione di bile dalla cistifellea che può raccogliersi col sondaggio del duodeno (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1924, n. 47).

Schöudube ha voluto applicare questo riflesso allo studio delle affezioni della cistifellea. Egli riporta (*Klinische Wochenschrift*, 1925, n. 14) i risultati ottenuti in 19 casi di colecistopatie. Normalmente la bile vescicolare ha un contenuto di sostanza colorante che raggiunge le 200 unità di bilirubina; ora nei casi studiati, in 2 pazienti il valore in bilirubina superava 200 e in tutti gli altri esisteva un rallentamento del riflesso pituitario che parlava per una insufficienza muscolare della cistifellea.

Questo riflesso pituitario si potrebbe usare anche in terapia per realizzare un vero drenaggio della vescicola. L. TONELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Soluzione di Ringer. — Al dott. E. A. da E.:

Si tratta di una soluzione salina che si approssima alla composizione del siero di sangue. Fu proposta dal farmacologo inglese Sidney Ringer (1835-1910).

Originariamente aveva la seguente composizione: g. 6 di cloruro sodico, 0.1 di cloruro calcico, 0.1 di bicarbonato sodico, 0.75 di cloruro potassico per 1000 cmc. di acqua distillata. Conviene avvertire che il cloruro calcico dev'essere completamente disciolto prima di aggiungere il bicarbonato; altrimenti precipita carbonato calcico, irreversibile. Il bicarbonato va aggiunto anch'esso completamente disciolto, per es. in 200 cmc. d'acqua; nei restanti 800 si sciolgono gli altri componenti; poi si mescolano le due soluzioni. In pratica si suole procedere così: si allestiscono tre soluzioni, di cloruro calcico, bicarbonato sodico e cloruro potassico, all'1 %; per ogni 100 cmc. di acqua distillata si aggiungono 60 cg. di cloruro sodico, 1 cmc. della prima soluzione, 1 della seconda e 0.75 della terza.

La soluzione originaria era destinata al cuore di rana, cui consente di continuare a vivere ed a pulsare. Poi si è osservato che la composizione migliore varia alquanto con la natura dei tessuti. Per il cuore di rana si è riconosciuto che risponde meglio una leggera variante, con 0.25 % di bicarbonato sodico; per i tessuti di mammiferi invece la proporzione va così modificata: cloruro sodico 0.85, cloruro potassico 0.3, cloruro calcico 0.2, bicarbonato sodico 0.2 %.

Si è accertato che l'aggiunta di bicarbonato sodico rende il mezzo più favorevole ai tessuti: per es. alla conservazione delle proprietà funzionali della fibra cardiaca. Tuttavia per scopi clinici si preferisce di semplificare la soluzione di Ringer, eliminando il bicarbonato sodico, così da rendere più rapida la preparazione, impedendo, al tempo stesso, la formazione di precipitati.

La formola varia secondo gli autori; generalmente nei trattati si trova questa:

cloruro sodico g. 7
cloruro potassico g. 0.3
cloruro calcico g. 0.25

per un litro d'acqua. Le pastiglie pronte per l'uso, che servono a preparare la soluzione di Ringer per l'anestesia locale, sono tutte prive di bicarbonato sodico.

La soluzione di Locke è una derivazione di quella di Ringer; risponde meglio per il cuore di mammiferi; è così composta: cloruro sodico g. 0.9-1: cloruro calcico e cloruro potassico *ana* 0.02-0.024; bicarbonato sodico 0.03; glucosio 0.1; acqua distillata *ad* 100; ossigeno a saturazione. S'impiega solo nei laboratori. L. VERNEY.

VARIA.

Trattamento alla Brown-Séquard.

O. Zoth (*Wien. Klin. Woch.*, 17 settembre 1925) è convinto che il semplice estratto acquoso alla Brown-Séquard debba contenere la secrezione testicolare interna e debba essere saggiato largamente prima di elaborare metodi più complicati contro la senilità. È quanto l'A. ha già fatto su di se stesso: fin dall'età di 30 anni e per il corso di altri 30 (egli ne conta ora 60), l'A. si è praticato, ogni estate, una serie di iniezioni di estratto, allestito con la tecnica del Brown-Séquard; tra una serie e la successiva lasciava un intervallo di 9 mesi, senza di che potevano insorgere disturbi cardiaci.

Egli è proclive ad attribuire a questo trattamento il suo stato di gioventù relativa, la sua forza muscolare, la facilità a superare le malattie infettive. Sollecita altri medici a provare, a titolo di controllo. F. G.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXI. — Efficacia delle graduatorie.

Di regola, l'amministrazione deve nominare il primo graduato in un concorso. Per sottrarsi a questo dovere, essa deve specificare motivi validi, estranei alla sfera di apprezzamento riservata alla Commissione giudicatrice. Ragioni addotte in *sede giurisdizionale* non possono sostituire la motivazione mancante del provvedimento che dichiari semplicemente privo di effetti il concorso. Di questa risoluzione della IV Sezione del Consiglio di Stato (decisione 27 novembre 1925, n. 893) è importante la riaffermazione del principio generale che nei concorsi la nomina spetta di regola al primo graduato. Infatti, finalità di ogni concorso *è la nomina del più idoneo.* A questa regola si fa eccezione soltanto nei casi in cui sia *esplicitamente riservata all'amministrazione una facoltà di scelta* o fra una terna di eleggibili c fra tutti i concorrenti dichiarati idonei: come, per es., per i medici condotti.

XXII. — Quale rapporto giuridico si costituisce tra medico-chirurgo ed infermo?

La questione non è nuova, ma è ancora interessante.

« Nei rapporti tra l'operatore e l'infermo si stabilisce *un contratto di locazione d'opera,* in forza del quale l'operatore assume l'obbligazione di usare ogni cura per raggiungere la guarigione dell'infermo e di adottare le cautele opportune a prevenire qualsiasi sinistro. La diligenza che egli deve usare nell'adempimento di tale obbligazione è quella di un buon padre di famiglia. La violazione di questa preesistente specifica obbligazione lo rende responsabile di *colpa contrattuale,* non già aquiliana, in quanto le due colpe non possono coesistere e l'una è con l'altra incompatibile ».

Questo è il principio di massima accolto dalla Corte di Cassazione del Regno con sentenza 15 gennaio 1926, n. 90. Esaminando poi il caso concreto, la Corte ha soggiunto che, se il sinistro avviene ad operazione finita, per imprudenza del paziente e non del chirurgo o dell'infermiere, manca la base della responsabilità diretta o indiretta del chirurgo.

Esaminiamo brevemente la questione di massima, per semplice delucidazione.

Circa la natura del rapporto giuridico che ha per obbietto prestazioni di opere liberali (medici, chirurgi, avvocati, ecc.), sono in contrasto tre opinioni. Alcuni — per influenza dei principi accolti dal diritto romano — considerano tale rapporto un *mandato* con compenso (Troplong, Marcadé). Altri fanno rientrare nella *locazione di opere*, nel senso della *locatio operis* del diritto romano, il contratto che ha per oggetto la produzione di un'opera intellettuale, ma negano che gli atti di una professione liberale (medicina, chirurgia, avvocatura, ecc.), possano essere materia di un contratto qualunque. A questa tesi aderisce Pacifici Mazzoni.

Ma ormai dottrina e giurisprudenza prevalenti ammettono che anche l'attività intellettuale possa costituire oggetto di contratto: in alcuni casi — per es., per il procuratore legale — si costituisce un rapporto di mandato con rappresentanza; in altri, un contratto di locazione d'opera.

Certo, si ha qualche difficoltà a classificare, per es., il rapporto tra medico o chirurgo ed infermo come un contratto di locazione di opera, che l'art. 1627 codice civile definisce esattamente così: « quella per cui le persone obbligano la propria opera all'altrui servigio ». Perciò, pur riconoscendosi che la cura medica o chirurgica può formare oggetto di contratto, si è anche detto che questo non rientra in un determinato tipo, ma è un contratto innominato: *do ut facias.*

Ma è decisamente prevalente e quasi concordemente accolta la teoria che considera l'esercizio di un'arte o professione liberale come oggetto valido di rapporto giuridico, il quale può assumere la forma del mandato o quella della locazione d'opera, a seconda dell'obbietto specifico della prestazione e della volontà manifestata dalle parti. A questa teoria aderisce pienamente la Corte di Cassazione con la sentenza sopra indicata.

La questione ha importanza agli effetti della responsabilità per colpa. Trattandosi di un contratto, la colpa è contrattuale.

Ma quale diligenza deve usare chi obbliga l'opera sua per cura medica o chirurgica?

« La regola della condotta — osserva il Chironi — è dedotta dalla diligenza *in astratto, dal tipo del diligens* o *del diligentissimus pater familias,* che nella specie è dato dalla diligenza che, *nelle stesse contingenze di fatto* in cui l'ingiuria è avvenuta, avrebbe posto una persona della medesima professione e stato dell'agente ». Così (spie-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

ga meglio il Chironi) il medico, l'avvocato che trascurino ciò che necessariamente la loro professione vuole che sappiano, senza distinzione di maggiore o minore ingegno e di cultura, commettono fatto illecito e devono risponderne; ma il medico specialista, il medico insegnante di clinica, il professore di quel ramo di diritto, si trovano in stato e condizione particolare che non consente di fissare per essi il tipo del *bonus pater familias* come lo si fisserebbe per altri...

... Il medico non deve dimenticare alcuno degli insegnamenti che sono la base dell'arte sua e non può senza colpa trascurarne l'osservanza e deve pur conoscere e fare quanto un altro diligente o diligentissimo medico *che si trovasse nello stato e condizione sua*, conoscerebbe o farebbe; entro questi termini la sua condotta si può svolgere liberamente, nè i tribunali hanno potere di apprezzare se un medico, informandosi piuttosto ad uno che ad altro metodo di cura, abbia bene o colposamente operato. Ma questa libertà, che è conseguenza del comportamento lecito e doveroso che si esplica nei limiti ora descritti, gli può concedere, nel caso si trovasse imprevedutamente dinanzi ad un caso di assoluta urgenza, di adoperare rimedi diversi da quelli che tecnicamente sarebbero più appropriati, non gli consente di procedere ad operazioni chirurgiche con stromenti al tutto disadatti od a cure che sarebbero, meglio che tali, pure esperienze di rimedi o processi nuovi. Purchè a ciò il malato, valendosi del diritto che ha sulla persona propria, non consenta: il quale diritto spiega come farebbe ingiuria il medico che, contro il volere espresso del malato (o della famiglia, se egli non potesse consentire) tentasse questi rimedi o processi nuovi non entrati ancora con qualche estensione nell'uso clinico e di cui fossero segnalati i pericoli oppure con mezzi affatto impropri volesse eseguire una operazione chirurgica ». (CHIRONI: *Colpa*, vol. I, 53 ter e segg.).

La materia delle responsabilità professionali è delle più delicate e difficili. La diligenza così detta « del buon padre di famiglia » è certamente un criterio astrattamente ben definito, che può servire di guida nei casi concreti. Ma, pur essendo apprezzabili le osservazioni esplicative del Chironi, il giudizio circa la colpa professionale è la risultante di elementi complessi che dipendono dalle circostanze del caso e che non si prestano ad una definizione preventiva. L'opera del medico, de' chirurgo, dell'avvocato deve corrispondere ad esigenze di perizia e a norme di prudenza, di diligenza: ma la valutazione della colpa è concreta e relativa alle circostanze dei singoli casi.

XXIII. — Effetti della estinzione del rapporto di impiego.

Accade talvolta che, estinto il rapporto d'impiego, cessi poi la causa che determinò il provvedimento estintivo: dispensa dal servizio, per soppressione di posto, collocamento a riposo, per malattia, ecc. Verificatasi questa ipotesi, l'impiegato ha diritto a riassumere il servizio? La risposta negativa non sembra dubbia perchè, sciolto o risoluto il rapporto d'impiego, permane la efficacia del provvedimento sino a quando non ne sia pronunziato l'annullamento per effetto di rimedi giuridici o non ne sia deliberata la revoca da parte della stessa amministrazione. Questa può ricostituire il rapporto, ma non vi è obbligata. Un caso concreto è stato risoluto dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 5 febbraio 1926, n. 80, su ricorso di un impiegato dello Stato. Ha detto la IV Sezione che l'esonero, il collocamento a riposo, il congedo definitivo ed ogni altra forma di definitiva cessazione dal servizio, disposta per ragioni di salute, su domanda dell'interessato o d'ufficio, importa lo scioglimento del rapporto di impiego ed esclude perciò qualsiasi diritto da parte dell'impiegato a rientrare nell'amministrazione, quand'anche i motivi che causarono il provvedimento siano successivamente venuti a mancare.

XXIV — Revoca di provvedimenti amministrativi.

Se è ammessa, come principio generale, la facoltà di un corpo o di una autorità deliberante di modificare o rendere inefficaci mediante revoca le proprie deliberazioni, tanto più l'esercizio di questa facoltà è consentito qualora si tratti di deliberazione tuttora imperfetta per la mancanza di esecutorietà o, *a fortiori*, allorchè sia in corso l'annullamento da parte dell'autorità superiore. I motivi per la giustificazione della revoca di una deliberazione possono essere anche di convenienza o di merito, senza punto attenere alla legalità o alla forma estrinseca di essa. Per questa risoluzione, risultante dalla decisione 25 settembre 1925, n. 783, della IV Sezione del Consiglio di Stato, si deve fare qualche riserva qualora si tratti di deliberazioni esecutive, dalle quali sia nato il diritto del terzo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'assistenza ai tubercolosi di guerra.

Uno dei più gravi problemi a cui si è trovata di fronte l'Opera nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi di guerra è stato quello dell'assistenza ai tubercolosi che, come tali avevano ottenuto la pensione di guerra. La natura stessa delle malattie ed il suo riverbero nella società — dato il pericolo del contagio — rendono necessario il carattere continuativo di tale assistenza la quale deve contare sopra una notevole larghezza di mezzi, mentre, da un lato l'organizzazione civile antitubercolare era allo stato embrionale e dall'altro l'Opera nazionale si trovava di fronte ad una massa sempre crescente di minorati che si andava organizzando per la rivendicazione dei propri diritti. Un grande passo potè essere fatto quando l'Opera nazionale ottenne un congruo finanziamento nella maggior somma di 10 e poi di 20 milioni annui ed innestò l'assistenza ai minorati di guerra nel campo generale della lotta antitubercolare.

Attualmente questa viene esercitata per mezzo di: 1) *dispensari:* ne vengono sovvenzionati 28 con 162,000 lire annue; in qualche caso (Salerno) si provvide all'impianto ex novo; 2) *assistenza ambulatoria e domiciliare*: viene fatta nelle località dove non esistono istituzioni antitubercolari a tipo dispensariale e rappresenta una spesa annua di L. 1,228,250; 3) *sanatori*: alcuni dei sanatori militari, che presentavano deficienze in ordine all'ubicazione, all'arredamento, al personale direttivo e di assistenza, vennero soppressi, tanto più che in alcuni di essi la disciplina lasciava a desiderare, rimasero in funzione quelli di Anzio e di Pozzuoli, il primo perchè funzionava discretamente, il secondo per la mancanza di ogni istituto specializzato nell'Italia meridionale. I tubercolosi di guerra vennero e vengono ricoverati nei 15 sanatori pubblici, con regolare avvicendamento; il loro numero fu nel 1925 di 1363. Altri, in particolari condizioni, vengono ricoverati in sanatori privati che sono debitamente controllati ed autorizzati a ciò. L'Opera nazionale ha inoltre contribuito alla costruzione di nuovi sanatori, di cui due già in funzione nelle terre redente (Ancarano ed Arco) ed uno in costruzione nella Calabria sull'Aspromonte. Di tali sanatori si gioverà in seguito anche la popolazione civile; 4) *colonie-scuole di lavoro post-sanatoriali*: l'Opera nazionale ha dato appoggio e contributi per tali istituzioni che già si trovano presso alcuni sanatori ed, oltre a favorire lo sviluppo di quella presso il sanatorio di Ancarano, provvede all'impianto di una nuova nell'ex tubercolosario di Porta Furba presso Roma, che sarà un istituto di lavoro su larghe basi; 5) *colonie estive, marine e montane*. L'Opera nazionale concede contributi ad istituzioni già esistenti per la cura di forme lievi ed ha anche organizzato con mezzi propri una colonia marina a Bari.

Un altro importante compito dell'Opera è quello della propaganda antitubercolare nell'Italia meridionale in modo da far conoscere a quelle popolazioni i benefici risultati degli attuali presidi igienico-sanitari vincendo altresì la loro riluttanza a distaccarsi dalla famiglia e convincendoli a fruire delle provvidenze istituite a loro favore.

I tubercolosi di guerra finora censiti risultano 24,480; tenuto conto delle pratiche di accertamento tuttora in corso e dei residenti all'estero, si può presumere che il totale effettivo si aggiri sui 30,000. *fil.*

Cronaca del movimento professionale.

Ordini professionali e Sindacati fascisti.

Riportiamo, testualmente, dal « Giornale d'Italia »:

Il regolamento della legge sulla disciplina dei rapporti collettivi del lavoro dovrà risolvere la questione largamente discussa in queste ultime settimane, della coesistenza degli ordini professionali e dei sindacati delle stesse professioni, nei riguardi della personalità giuridica e della eventuale rappresentanza in Senato.

Come è noto esistono in Italia gli ordini professionali dei medici, dei farmacisti, degli avvocati, dei notai ed altri collegi ed associazioni di artisti e di professionisti eretti in enti morali od aventi comunque una qualità giuridica riconosciuta da lungo tempo, mentre accanto ad essi sono sorti recentemente quasi altrettanti sindacati fascisti.

Ora, questi ultimi hanno chiesto che ad essi soltanto sia riconosciuta la rappresentanza giuridica delle rispettive categorie; vale a dire, per naturale conseguenza, lo scioglimento degli attuali ordini professionali. In linea subordinata i sindacati hanno chiesto che sia comunque ad essi soli attribuita la facoltà dell'applicazione dei contratti di lavoro e l'eventuale rappresentanza in Senato, conservandosi agli ordini soltanto la funzione di compilare gli albi professionali e di esercitare la tutela disciplinare.

Come si vede la questione è di primaria importanza in quanto si tratta di sistemare nel nuovo ordine giuridico creato dalla legge sindacale tutte le diverse professioni intellettuali, che rappresentano il più delicato ed importante tessuto connettivo della Nazione. Della cosa si occupò a suo tempo l'Ufficio centrale del Senato incaricato dell'esame della legge sui rapporti collettivi del lavoro, che rivolse in proposito uno speciale que-

sito al Ministro guardasigilli. Il testo preciso della risposta del Ministro non fu allora conosciuto ma sostanzialmente essa confermò che l'art. 2 della legge suddetta non sarebbe stato modificato.

Ora l'art. 2 stabilisce che gli ordini, i collegi e le associazioni professionali legalmente riconosciuti e quelli eretti in ente morale saranno conservati e sottoposti a revisione per coordinarli con le norme della nuova legge.

Pertanto la questione se gli Ordini debbano essere o no mantenuti, essendo in netto contrasto con la legge stessa, appare insussistente e, comunque, già risolta nel senso che essi saranno conservati. Resta la questione della coesistenza dei sindacati, che deve essere rimossa in sede di regolamento.

Possiamo assicurare che il regolamento della legge sui rapporti collettivi del lavoro prescriverà l'abolizione dei Sindacati per tutte quelle professioni che già possiedono gli Ordini legalmente riconosciuti e che aboliti i Sindacati, gli Ordini professionali saranno riordinati, come prescrive l'art. 2 della legge, secondo le norme degli art. 1 e 7 della legge stessa, allo scopo di fascistizzare gli Ordini che sono stati per lungo tempo tra i più solidi sostenitori del regime demo-liberale.

C'è, infine, un altro lato della questione da esaminare, quello cioè, della coesistenza di Associazioni e di Sindacati di alcune professioni, come per esempio, quelle dell'ingegnere e del ragioniere, le quali vengono esercitate sia come professioni libere, sia come prestazione d'opera all'industria. È evidente che i ragionieri e gli ingegneri che esercitano la libera professione abbiano una figura giuridica e degli interessi diversi da quelli dei loro colleghi occupati nelle officine e nelle amministrazioni industriali, e che pertanto essi debbano essere diversamente considerati.

Sappiamo che i relativi sindacati ed associazioni di queste professioni saranno conservati, attribuendosi a ciascuno di essi la personalità giuridica e l'eventuale rappresentanza in Senato.

Nuovo ordinamento del Corpo sanitario militare.

Nel nuovo ordinamento del R. Esercito, decretato con recente legge dell'11 marzo 1926, n. 396 (*Gazzetta Ufficiale*, n. 61, 15 marzo 1926), al Corpo sanitario militare risultano preposti un tenente generale medico e tre maggiori generali medici ispettori. L'organico degli ufficiali superiori e inferiori è, poi, costituito da 864 ufficiali medici e 117 ufficiali chimici farmacisti.

Tariffe per certificati medici per Società assicurative.

Il Sindacato Fascista dei Medici condotti, visto che le Società di Assicurazioni hanno fissato il compenso dei certificati medici con visita nell'avvilente cifra di L. 15.20, il che rappresenta un vero sfruttamento, ha invitato tutti i medici condotti a non rilasciare certificati o attestazioni mediche per Società di Assicurazioni se non dietro compenso che non deve essere inferiore a L. 50. Così del resto, hanno pure stabilito molti Ordini dei medici

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. *Opere Pie Ospitaliere.* — Chirurgo primario; L. 5000 oltre 45 % tasse atti operativi ricoverati a pagam.; titoli ed eventualm. esame; biennio di prova e due conferme decennali; età lim. 40 a. estensibili a 45. Scad. ore 17 del 15 mag. Tassa L. 50.15. Chiedere annunzio.

ARCIDOSSO (*Grosseto*). — Al 30 apr.; L. 10.500 e c.-v. in L. 500 se celibe, L. 1000 se coniugato; età lim. 45 a. Tassa L. 50,10. Serv. entro 15 gg.

BORGO S. LORENZO (*Firenze*). — Scad. 30 apr.; L. 8500 p. 500 pov., addizion. L. 5, 8 trienni dec.; trasp. L. 3000; c.-v.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — A tutto 30 aprile; vedi fasc. 16.

CASTEL S. PIETRO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 30 apr.; L. 8000 oltre L. 500 uff. san. e L. 500 trasp.

CENTO (*Ferrara*). — Per Renazzo; ab. 3600; pov. 1600 c.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; stip. L. 9000 e 5 quadr. dec.; assegno complem. rivedibile L. 3000; addiz. L. 3 oltre 1000 pov.; L. 500-2500 trasp. Scad. 30 aprile.

CICERALE CILENTO (*Salerno*). — A tutto il 15 mag.; vedi fasc. 14.

CIVITA CASTELLANA (*Roma*). — Al 30 mag. due cond. comprimarie; vedi fasc. 16.

COMUNANZA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 aprile; vedi fasc. 13.

COMEGLIANS (*Udine*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., L. 1620 c.-v., L. 500 serv. att., L. 900 uff. san. Tassa L. 50.10.

DOSOLO (*Mantova*). — Per Villastrada; stip. L. 9500 e 5 quadr. dec., integrato da c.-v. in L. 2000 (1250 se celibe), variabile; L. 500 trasp. Scad. ore 19 del 20 mag. Età lim. 39 a. Serv. entro 15 gg. Tassa L. 50.15. Chiedere annunzio.

FERRARA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Copparo; scad. 30 apr.; vedi fasc. 14.

FIANO ROMANO (*Roma*). — Scadenza 30 apr.; Kmq. 40; ab. 1857 di cui 250 sparsi; L. 10.500 per 1000 pov.; addiz. L. 4; 1° c.-v.; 5 quadr. dec. Età lim. 40 a. Tassa L. 50,15.

FONTANIGORDA (*Genova*). — Kmq. 1664 in montagna; ab. 1632, pov. 35; L. 8400 con 10 bienni; trasp. L. 1400; uff. san. L. 500. Scad. 10 mag.

GAZZANIGA (*Bergamo*). — Consor.; al 10 giu.; vedi fasc. 16.

IVREA. *Ospedale Civile.* — Medico primario; titoli ed eventualm. esami. Scad. 20 maggio. Tassa L. 50.10. Età lim. 40 a. L. 8000. Il concorso potrà essere annullato qualora vi sia un solo concorrente od i concorrenti non siano dichiarati idonei. Chiedere annunzio alla Congreg. di Carità.

JESI (*Ancona*). — A tutto 30 apr.; vedi fasc. 14.

LA SPEZIA. *Ospedale Civile Vitt. Em. II.* — Assistente di chirurgia generale. Proroga al 30 apr. Chiedere avviso alla segreteria.

LECCE. *Congregazione di Carità.* — Direttore del Gabinetto di Istologia e Batteriologia nell'Ospedale Civile « Vito Fazzi ». Scad. ore 12 del 15 mag. Vedi fasc. 15.

MACERATA. — Per S. Maria del Monte (rurale B); Scad. ore 18 del 30 apr. Vedi fasc. 16.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Primario specialista neurologo; titoli o esami o titoli ed esami a scelta dei concorrenti; L. 7850; istanze al Protocollo (via Ospedale 5) non più tardi delle ore 16 del 30 giu.; tassa L. 50 al cassiere; età mass. 40 a.; 8 a. di esercizio pratico (compreso quello in guerra); pubblicazioni a stampa ad eccezione della memoria inedita richiesta nell'esame, dattilografata; *curriculum vitae;* chiedere annunzio e informazioni alla Direzione Medica.

ROMA. *Manicomio Provinciale.* — Tre medici assistenti; scad. 30 apr.; vedi fasc. 14.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro Urbino*). — Cercasi subito giovane e provetto sanitario specializzato in chirurgia per assumere l'interinato della condotta e la direzione dell'Ospedale. Vedi fasc. 14.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 10 mag.; 4ª cond.; L. 10.500 e quadr. dec.; c.-v. in L. 800 se coniug., L. 300 se celibe; cav. L. 1000 senza obbl. di cavallo.

UDINE. *Amministraz. Provinciale del Friuli.* — Medico di Sezione del Manicomio Provinciale; a tutto 30 apr. Vedi fasc. 15.

VALBRERONNA (*Genova*). — Scad. 15 maggio; L. 9600 e 10 bienni ventes.; L. 500 uff. san.; L. 1200 c.-v.; indenn. cavallo da convenirsi.

VICARI (*Palermo*). — Scad. 30 apr. L. 10,000 e 5 quinquenni dec.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Reale Società di Medicina e Igiene Tropicale di Londra ha assegnato la medaglia Manson al prof. Ettore Marchiafava « per la parte attiva presa con altri ricercatori italiani nella soluzione di parecchi problemi connessi con la malaria e la sua eziologia ».

Questa medaglia fu istituita per commemorare il fecondo lavoro e l'influenza nel campo della medicina e igiene tropicali di sir Patrick Manson. Viene assegnata ogni 3 anni; la prima volta lo fu a sir David Bruce. La solenne cerimonia del conferimento avrà luogo il 17 giugno prossimo.

Il prof. Luigi Mangiagalli è stato nominato dal Governo francese grand'ufficiale della Legion d'Onore.

La R. Commissione straordinaria per l'Amministrazione della Provincia di Novara ha, all'unanimità e in seguito a concorso nazionale, nominato il cav. dott. prof. Eugenio Bravetta al posto di direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Novara.

Il prof. Bravetta era stato classificato primo della terna degli eleggibili dalla Commissione composta dei proff. O. Rossi di Pavia, Cappelletti di Venezia e dott. Rossi di Novara. Congratulazioni.

Il prof. Cesare Decio, di clinica ostetrica e ginecologica a Cagliari, è trasferito a Siena.

Il dott. Cristoforo Rizzo è abilitato alla libera docenza in clinica delle malattie nervose e mentali.

Il dott. Francesco Mura, aiuto nella R. Clinica chirurgica di Cagliari, ha conseguito la libera docenza in clinica oculistica.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Ministro della P. I. per il grande Istituto Biotipologico.

S. E. Fedele ha comunicato al prof. Nicola Pende, direttore della Clinica medica di Genova, ideatore di Istituti Biotipologici-ortogenetici per lo studio e la valutazione medico-sociale delle costituzioni umane, di aver disposto la « fondazione in Genova del primo di tali Istituti italiani, annesso alla Clinica Medica, e sotto la direzione dello stesso prof. Pende, e di aver stanziato a tal uopo una somma di L. 120 mila per le prime spese di arredamento scientifico ».

L'immediato riconoscimento ufficiale da parte del Ministero della P. I. dimostra di per sè il valore e la grandezza della nuova istituzione che prima sorge in Italia.

La nuova grande istituzione, che farà di Genova e della sua Università un ambito centro di attrazione degli studiosi italiani e stranieri, e che sarà un organo statale di primissima importanza per la tutela, l'allevamento fisico e morale, la valorizzazione e ortogenesi della stirpe italica, merita un generale plauso e che in più centri ne abbiano a sorgere altri, ai quali gli Enti interessati alla floridezza di tale istituzione, come le grandi aziende industriali, per ciò che riguarda la tecnica scientifica del lavoro e l'orientamento professionale, gli enti assicuratori per i loro assicurati sulla vita, la scuola per ciò che riguarda la selezione e correzione dei deboli di costituzione fisica e psichica, le opere di profilassi antitubercolare, le opere di protezione dell'infanzia, le opere per l'educazione fisica, le opere per la prevenzione della delinquenza minorile, concorrano tutte finanziariamente all'incremento di simile istituto.

La Società di biologia sperimentale.

Le Sezioni della Società hanno tenuto adunanze a Milano (aula magna della Clinica ostetrica) il 19 marzo; a Bologna (sala della Società medico-chirurgica, palazzo dell'Archiginnasio), il 23 marzo; a Pavia (aula della Clinica ostetrico-ginecologica), il 9 aprile; a Messina (aula dell'Istituto di zoologia, via dei Verdi), il 15 aprile; a Padova (aula B dell'Università), il 15 aprile; a Napoli (aula dell'Istituto di Fisiologia, S. Andrea delle Dame 21), il 19 aprile; un'adunanza avrà luogo a Catania (aula dell'Istituto di Farmacologia), il 28 aprile.

I soci, che desiderano fare comunicazioni, debbono presentare al Presidente della Sezione, entro il giorno 15 di ogni mese, il titolo, un breve riassunto e l'indicazione del numero degli estratti desiderati oltre i dieci gratuiti.

La segreteria generale (tenuta dall'illustre prof. Filippo Bottazzi) ha sede presso il R. Istituto di Fisiologia a Napoli (21), S. Andrea delle Dame 21.

Biblioteca ortopedica.

L'Opera Pia Istituto Ortopedico Ravaschieri con ospizio marino permanente in Bagnoli, fonda

una biblioteca di ortopedia chirurgica e meccanica e di terapia fisica che sarà aperta agli studiosi.

L'elenco dei donatori sarà sempre esposto nella sala-biblioteca per ricordo. Gli invii debbono essere fatti al direttore dell'Istituto prof. Attilio Curcio nella sede della Pia Opera: Riviera di Chiaia, 126.

Mostra Ghilarducci e VI riunione dei Radiologi del gruppo Centro-Meridionale della S. I. R. M. all'Istituto di Radiologia al Policlinico Umberto I.

La mattina del 10 corr. alle ore 9 all'Istituto di Radiologia della R. Università di Roma al Policlinico Umberto I, già diretto dal compianto prof. Ghilarducci, ebbe luogo l'esposizione e la vendita dei pregevoli acquerelli che l'illustre Maestro scomparso eseguì legandoli al suo testamento all'Istituto Radiologico cui diede tutte le energie della sua mente di scienziato.

È a conoscenza di chiunque abbia dimestichezza col mondo intellettuale romano, come il prof. Ghilarducci, oltre ad essere un valore eccezionale come uomo di scienza, fosse anche un'eletta anima di artista di cui sono appunto documenti preziosi i molti acquerelli che ritraggono visioni di Capri, dell'Arcipelago Toscano, dell'Abruzzo e di molte altre località della nostra bella Italia.

La sensibilità squisita di questo medico che sapeva diventare artista efficacissimo e geniale, nelle brevi ore in cui si riposava dal pensare al bene dell'umanità, è stata degnamente apprezzata dai molti amatori d'arte e colleghi i quali si sono contesi in una simpatica gara le pregevoli opere esposte.

Il ricavato della vendita, che finora è stato assai proficuo, sarà devoluto a beneficio della biblioteca dell'Istituto Radiologico, la quale è intitolata appunto al nome del compianto prof. Ghilarducci.

*
* *

Insieme con la mostra degli acquerelli si è inaugurata la VI Riunione dei Radiologi del Gruppo Centro Meridionale della Società Italiana di Radiologia. Essa si è tenuta nel R. Istituto di Radiologia Medica al Policlinico Umberto I. Il titolare della cattedra prof. Busi, ha aperta la seduta con un elevatissimo discorso ricordante il suo predecessore. Con sentite e commosse parole tratteggiò mirabilmente la complessa figura di artista e di scienziato dell'illustre scomparso fondendo in una sintesi geniale l'opera scientifica ed artistica di Francesco Ghilarducci.

Alla riunione, oltre numerosissime personalità dell'Ateneo romano, è intervenuta una larga rappresentanza della Radiologia di quasi tutte le regioni d'Italia. La presidenza del Congresso fu tenuta alternativamente dal prof. Sgobbo, titolare della cattedra di radiologia di Napoli, e dal prof. Tandoia, pure di Napoli, presidente della Società italiana di radiologia medica.

Furono lette importanti comunicazioni dal prof. Rossi di Parma, dal prof. Tandoia, dal prof. Pilone, dal prof. Guarini di Napoli, dal dott. Abbate di Rimini, dal prof. Possati di Bologna, dal prof. Milani, incaricato della radiologia medica a Perugia, e da moltissimi altri. Esse toccarono tutti i campi della radio-diagnostica e della radioterapia, ma la discussione più viva si accese sui nuovi metodi di cistoradiografia giungendo ad importanti conclusioni. La riunione riuscì una simpatica manifestazione scientifica che ancora una volta ha riunito intorno al prof. Busi un numero veramente grande di vecchi e nuovi allievi ed amici.

Precedettero i lavori tre interessantissime conferenze tenute dal prof. Cappelli e dal prof. Ponzio su argomenti attinenti la radiologia, dal prof. Rossi sui nuovi metodi di contrasto nello studio dell'apparato respiratorio. Queste conferenze hanno avuto lo scopo precipuo di ammaestrare i medici che seguono il corso di specializzazione su queste ultime importantissime vedute e innovazioni della scienza radiologica, ma ad esse intervenne pure una larga rappresentanza di medici e di personalità scientifiche attratte dagli argomenti in questione e dalla ben nota competenza e valentia dei conferenzieri a cui furono tributati larghi applausi e congratulazioni.

Conferenze di Voronoff.

Il prof. Sergio Voronoff, venuto a Roma per partecipare al Congresso internazionale di chirurgia, ha tenuto interessanti conferenze a Roma ed in altre città d'Italia.

Per il prof. Giannelli.

La Commissione Reale per la provincia di Roma, presenti il presidente sen. Pietro Baccelli, il vice presidente gr. uff. Giuseppe Ceccarelli, ed i commissari Carosi Martinozzi, Marinelli De Marco, Moretti e Pirani, nonchè il segretario generale avv. cav. uff. Imbriaco, i capi degli uffici dell'Amministrazione provinciale e l'intendente del Manicomio, consegnò al dott. prof. Augusto Giannelli, direttore del Manicomio provinciale, una medaglia d'oro ed una pergamena, in attestazione del compiacimento dell'Amministrazione stessa per l'opera da lui data costantemente per l'organizzazione e il buon funzionamento del Manicomio di Roma, non solo nel periodo difficile della guerra, ma altresì durante le trasformazioni subite in conseguenza della soppressione del Manicomio di S. Maria della Pietà.

Il presidente sen. Baccelli pronunciava nell'occasione un breve discorso mettendo in rilievo i meriti del prof. Giannelli, nonchè la tenacia e lo studio indefesso che egli porta per il bene sociale ed umano che costituisce lo scopo altissimo della sua vita operosa ed intemerata.

Il prof. Giannelli vivamente commosso ringraziava il presidente e i membri della Commissione della manifestazione simpatica a suo riguardo.

La Redazione si associa di gran cuore agli onori tributati al prof. Giannelli.

Un aeroplano pel trasporto dei feriti in volo da Cazaux a Roma.

In occasione del Congresso chirurgico è venuto in volo, da Cazaux a Roma, il colonnello medico di prima classe Picqué, un valoroso pioniere dell'uso dell'aviazione a scopi assistenziali in guerra. Il dott. Picqué, accompagnato dall'adjut. chef. Goegel, pilota e dal capor. Bosch, motorista, ha compiuto il viaggio su un « Bréguet 14 T-bis », tipo Marocco.

Questo aeroplano, che è attrezzato pel trasporto di feriti, è stato usato appunto al Marocco per trasportare i feriti dalle linee di combattimento agli ospedali. Il colonnello Picqué ha tenuto al Policlinico una conferenza sulla *Aviation sanitaire* ed ha proiettato anche un *film* nel quale si vede rappresentato in azione l'uso pratico degli aeromezzi in servizio di Croce Rossa.

A Centocelle ha eseguito esperimenti pratici di caricamento, trasporto e sbarco di feriti col suo « Bréguet ».

A ricevere il colonnello Picqué a Centocelle si è recato il nostro colonnello prof. Angelo Di Nola, ispettore medico dell'aeronautica, che è una delle maggiori competenze in fatto di studi su tutte le malattie dipendenti dal volo. A lui sono anche dovute complete indagini sui mezzi di trasporto dei feriti per via aerea, opere dense di dati e documentazioni, che furono anche tradotte in varie lingue. È bene anzi si sappia che a Montecelio, quanto prima, sorgerà un istituto per l'esame clinico dei piloti aerei diretto dal prof. Santamaria, istituto che sarà dotato di mezzi perfezionatissimi per identificare e controllare la resistenza organica degli aspiranti al pilotaggio aereo. In conclusione, l'Italia è oggi, in argomento di studi sull'aviazione sanitaria e sulle « malattie degli aviatori », ad un livello non certo inferiore di quello delle altre nazioni.

Lotta contro il cancro nella provincia di Messina.

Per iniziativa del prefetto di Messina gr. uff. Ettore Porro, il 19 febbraio si tenne una riunione per organizzare la lotta contro il cancro nella provincia. L'adunanza fu presieduta dal prefetto stesso, il quale espose un programma minimo di immediata attuazione. Il medico provinciale prof. Consoli indicò la via da battere. Si decise, per cominciare, di istituire all'Ospedale Piemonte un Centro diagnostico per il cancro, e di tenere un Corso speciale di lezioni sul cancro a medici e levatrici.

La Croce Celeste.

Si propone di compiere un'opera vasta e organica di diffusione della coltura; presidente onorario ne è S. E. Luigi Rava, presidente effettivo S. E. il generale Augusto Fabbri, consulente onorario per l'igiene e l'educazione fisica il maggiore medico Giovanni Perilli. Ha la sede centrale in Roma, via dell'Umiltà 79 (palazzo Sciarra).

Il proibizionismo negli Stati Uniti.

È stata ritirata la licenza ad un migliaio di farmacisti di New York per vendita illecita di alcool. Le autorità hanno minacciato di arrestare 500 medici, che si sarebbero dati al traffico lucroso delle ricette di favore. Si calcola che durante gli ultimi cinque mesi siano stati distribuiti nella città più di 1.237.000 litri di whisky; si computano a circa 8 milioni le ricette di favore e quelle false.

Incendio di un ospedale

Il « Kingston City Hospital » di Kingston (Stati Uniti d'America) è stato distrutto dal fuoco il 20 febbraio scorso; la perdita è valutata in 2 milioni e mezzo di lire; tutti i pazienti poterono essere posti in salvo in altri ospedali.

Il prof. GIUSEPPE GRADENIGO, morto a Treviso il 15 marzo u. s., era nato a Venezia il 29 settembre 1859, da nobilissima famiglia che aveva dato quattro dogi. Il padre insegnò oculistica nell'Ateneo di Padova.

Appena laureato, Giuseppe Gradenigo si recò a Vienna, ove fu allievo del Pollitzer. Trascorse poi quasi un trentennio della sua operosa e feconda esistenza a Torino, ove egli fondò la Clinica oto-rino-laringoiatrica universitaria e un Ospedale privato, che ne reca il nome; nel 1917 accettò l'invito che gli venne da Napoli, in seguito alla morte del Massei.

Il Gradenigo fondò nel 1893 l'« Archivio Italiano di Otologia », di cui seppe fare un organo apprezzatissimo; nel 1902 con Brieger fondò il « Centralblak für Ohrenheilkunde », che risponde al programma d'internazionalizzare la scienza.

Il suo Trattato, che vide la luce nel 1903, può considerarsi classico.

Egli ha approfondito le nostre conoscenze in campi svariati della specialità, dall'embriologia alla fonetica sperimentale, dall'istologia alla clinica. La sindrome che ne porta il nome attesta tutta la sua sagacia di osservatore.

Col Gradenigo scompare il vero instauratore dell'oto-rino-laringologia in Italia.

Al momento di andare in macchina ci perviene la dolorosa notizia della morte del prof. AMERIGO BARLOCCO, il giovane clinico medico di Modena. Nell'angoscia del momento non possiamo dire degnamente di lui, ch'era una delle intelligenze meglio preparate alla clinica e costituiva una delle solide speranze per la nostra medicina clinica.

Piangendo anche l'amico carissimo inviamo alla famiglia che fu il santuario de' suoi affetti le più sentite condoglianze.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Gaz. d. Hôp., 15 e 17 sett. — F. LÉARS. La sindrome gasseriana. — 19 sett. A. J. CHAVANY. Le sciatiche. — 26 sett. A. DEROCQUE. Fisiologia della gastro-digiunostomia.

Bull. Méd., 23 e 26 sett. — Numero sull'ostetricia.

Journ. d. Prat., 10 sett. — H. CLAUDE e G. ROBIN. Gli odî patologici; odî familiari e follia morale.

Riforma Med., 7 sett. — G. RAFFAELE. L'alimentaz. attrav. il duodeno come cura dell'ulcera gastr. — O. CIGNOZZI. Le stenosi duodeno-piloriche estrinseche di origine colecistica.

Revue Neurol., sett. — G. WORMS e G. DELATER. Distruz. totale dell'ipofisi. — M. DE TEYSSIEU e RUBENTHALER. Meningo mielite lombare acuta.

Münch. Med. Woch., 25 sett. — O. KLEIN. Eziol. e patol. dell'ischialgia. — E. ROOS. L'aglio nella terapia intest.

Revue de Méd., 5. — M. LABBÉ e MACZAFFER. L'amino-aciduria e i disturbi del metabolismo azotato nei cancerosi.

Rev. de Cirugia, ag. — F. CHUTRA. Tbc. peritoneale discreta. — A. GUTIERREZ. Via d'accesso al ramo post. del radiale. — A. BENGOLEA. Anomalia del condotto epatico.

Prensa Méd. Argent., 30 ag. — S. MARINO e C. FERNICOLA. Cisti idatica dell'omero.

Estudios Médicos. ag. — F. HARO Y GARCIA. La reaz. di Fahraens (di precipitaz. delle emazie).

Pathologica, 15 sett. — U. GIACANELLI. Anat. patol. della pseudoparalisi alcoolica. — G. CENTANNI. Modificazioni regressive provocate nella tiroide.

Clin. Med. Ital., lug.-ag. — LAY. Il laudanum di Sydentam. — G. CESANA. Eritrodermia desquamativa arsenobenzolica.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 20 sett. — C. ORTALI. Errori della moderna terapia antisifilitica. — A. P. DONDERO. Disuria da causa extra-vescicale.

Presse Méd., 26 sett. — H. ROGER. Influenza del sist. nerv. sull'az. delle sostanze tossiche. — MARCON-MUNTZA. Patogenesi dell'ittero catarr. e di altre itterizie. — A. JAROZKI. Dietetica dell'ulcera gastr. e duoden.

Arch. inn. Med., 2. — R. BAUER. Diabete insipido e polidipsia primaria. — E. KUGLER. Tbc. e capacità lavorativa. — H. POLLITZER e E. STOLZ. Patologia del ricambio respiratorio. — A. POSSELT. Aterosclerosi primaria primitiva.

Deut. Med. Woch., 2 ott. — C. J. GAUSS. Le infiammaz. cron. degli annessi. — E. GILDEMEISTER e K. HERZBERG. Ricerche sperimentali sull'herpes. — M. INGLESSIS. Azione delle neuropatie organiche sulla psiche.

Cultura Stomatol., ott. — A. PERNA. Fratture delle ossa mascellari.

Pensiero Med., 30 sett. — U. CAPRI. Attualità di terapia pneumotoracica.

Practitioner, ott. — F. MOTT. Diagn. precoce delle mal. del mid. spin. — I. G. PORTER PHILLIPS. Aspetto etiologico dei disordini nervosi e mentali. — A. G. DAMPIER-BENNETT. Trattamento delle infiammazioni croniche dei seni senza operaz.

Journ. de Méd. de Paris, 19 sett. — A. RODIET. Gli alienati e il loro «giardino segreto».

Pensiero Med., 10 sett. — P. SERRA-COSTA. Influenza dell'adrenalina su alcuni fenomeni immunitari.

Journ. de Chirurgie, ag. — P. DUVAL e A. RICHARD. Drenaggio duodenale transvateriano nella coledocotomia.

Annali d'Ig., ag. — A. ALASSANDRINI. Natura del batteriofago. — G. LIONETTI. Rilievi statistici sulla diffusione del cancro. — G. FIORITO. Vitalità di culture di germi asporigeni.

Deut. Med. Woch., 25 sett. — A. OSWALD. Còmpito del sist. nerv. sul ricambio. — O. MÜLLER. Senso di fame e acidità gastr. — J. A. COLLAZO. Carbonuria disossidativa. — H. STEINITZ. Azoturia alimentare.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Pubblicazioni che dalla nostra Amministrazione si offrono ai Signori abbonati del " Policlinico „ con agevolazioni sul prezzo di copertina e franche di porto in Italia.

Per l'Estero aumentare il 10 per cento per le maggiori spese postali occorrenti per la spedizione.

Prof. Dott. LEONARDO DOMINICI
Docente di Patologia, Chirurgia, Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università di Roma.

PICCOLA CHIRURGIA E CHIRURGIA D'URGENZA

Prefazione del prof. **Roberto Alessandri**.

Un volume (n. 16 della nostra Collana Manuali del « Policlinico ») di pagg. IV-452, con 225 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata ed artisticamente rilegato in piena tela inglese, con inscrizioni sul piano e sul dorso. Il libro è elaborato con criteri di assoluta praticità, e corrisponde in tutto alle esigenze odierne dei medici chirurgi condotti, dei giovani laureati e dei laureandi. — Prezzo L. **56** — Per i nostri abbonati sole L. **50**.

Prof. dott. LEONARDO DOMINICI
Libero docente di Patologia Chirurgica, di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università.

Compendio di Semeiotica Chirurgica

Prefazione del prof. Roberto Alessandri.

Un volume di pag. VIII-425 stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici, con 73 figure, molte delle quali originali, intercalate nel testo e 4 tavole colorate, in carta americana, fuori testo
In commercio L. **42.** Per i nostri abbonati solo L. **36.75** in porto franco.

Dott. VITTORIO GHIRON
Assistente v. nella R. Clinica Chirurgica di Roma.

L'importanza delle paratiroidi secondo le odierne vedute

Un volume in-8 (N. 5 delle nostre « Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità »), di pag. VIII-125, nitidamente stampato su carta semi-patinata, con 25 figure nel testo. — Prezzo L. **14**, più le spese postali di spedizione. — Per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **12.75** franco di porto.

Dottor GIUSEPPE GIANNELLI
della Clinica Ortopedica e Traumatologica della R. Università di Roma

Il trattamento cruento delle fratture sottocutanee.

Un volume in-8, di 479 pagine, con 42 figure intercalate nel testo, stampato su buona carta in nitidissimi caratteri. In commercio L. **50** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **45,90** in porto franco.

Prof. Dott. ALBERTO CIOTOLA
Libero docente di Patologia Chirurgica
R. Università di Roma

Metastasi neoplastiche

(Prefazione del prof. **G. Perez**).

Un volume in-8 di pagg 344 con 23 figure intercalate nel testo e 2 tavole fuori testo. — Prezzo L. **50.** Per i nostri abbonati sole L. **46.60** in porto franco.

Dott. Prof. ERIBERTO AIEVOLI
Libero docente di Patologia, Clinica e Semeiotica Chirurgica nella R. Università di Napoli

Quesiti di Patologia Clinica e Terapia Chirurgica

AD USO DI STUDENTI E MEDICI PRATICI

468 Risposte illustrate da 300 figure

Un volume in-16 grande, di pagine VI-426, elegantemente rilegato in piena tela L. **28** più le spese postali di spedizione ed imballaggio. — Per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **27.25** franco di porto.

Dott. Prof. GUSTAVO RAIMOLDI
Docente di Patologia Medica nella R. Università
Chirurgo-aiuto negli Ospedali riuniti di Roma

L'esame della funzione renale con i moderni metodi di indagine

Prefazione del Prof. **Roberto Alessandri**
Direttore della R. Clinica Chirurgica di Roma.

Un volume di pagine VIII-247 (N. 14 della « Collana Manuali del Policlinico »), nitidamente stampato su ottima carta, con varie figure nel testo. — Prezzo L. **30.** — Per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **26.50** in porto franco.

Inviare Vaglia postale al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, n. 14 - Roma.

Dott. Silvestro Silvestri
Aiuto nella R. Clinica Medica di Roma

LE NEFROPATIE secondo le moderne vedute.

INDICE SISTEMATICO: **Prefazione.** — Cap. I. **Ricordi anatomici.** Cap II **Fisiologia renale.** Cap. III. **Classificazione delle nefropatie.** Cap IV. **Semeiologia urinaria.** Cap. V. **Esame delle funzioni renali.** Cap. VI **Segni clinici in rapporto alla insufficienza renale.** - Cap. IX **Nefrosi.** - Cap. VIII. **Glomerulonefriti.** Cap. IX. **Glomerulonefrite cronica diffusa.** Cap. X. **Sclerosi renale.** - Cap. XI. **Rene da stasi.** — **Bibliografia.**

Elegantissima brochure di pag VI-168 (N. 3) delle nostre « Monografie medico-chirurgiche d'attualità », stampata su carta distinta, in nitidissimi tipi tipografici. — Prezzo L. **16**. Per i nostri abbonati sole L. **14,25** in porto franco.

Dott. CENNARO ROMANO

La Milza dal punto di vista chirurgico

Sua utilità e valore nella difesa dell'organismo contro le infezioni chirurgiche

Un volume in-8, di pagg. 256, in nitidi tipi, stampato in buona carta. Prezzo L. **30.** Per i nostri abbonati sole L. **27.60** in porto franco.

Dott. Prof. ORESTE CIGNOZZI, docente di Patologia speciale chirurgica, Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria, Chirurgo Primario e Direttore dell'Ospedale Civile di Grosseto

La grossa milza malarica :: :: e le sue complicazioni :: ::

STUDIO CLINICO-OPERATIVO

Un volume in-8, di 86 pagine nitidamente stampato su carta distinta: L. **12.50.** Per i nostri abbonati sole L. **10.90** in porto franco.

Dott. Prof. LUIGI SILVESTRINI

Patologia e Chirurgia della milza

(Studio sperimentale e clinico)

Un volume in-8 di pagine 402 nitidamente stampato su carta a macchina uso mano. Prezzo L. **35.** Per i nostri abbonati sole L. **32,90** franco di porto.

Dott. Prof. RODOLFO ARMANDO SALA
Chirurgo Primario e Direttore dell'Ospedale Consorziale di Ronciglione

Chirurgia delle vie biliari.

Un volume in-8, in nitida veste tipografica, di pagine LXXXVIII-202 delle quali 32 in carta patinata contenenti ben 68 splendide figure. — In commercio L. **40** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **35,90** in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14, ROMA

ANNO XXXIII Roma, 3 Maggio 1926 Fasc. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI VICENZA.

La ipofonesi « percussoria » degli apici polmonari.

Dott. LORENZO PEZZOTTI
medico secondario e dirigente la Sezione Medica del Gabinetto Radiologico.

Quantunque non si ritenga più, come fino a pochi anni fa, che la localizzazione primitiva della tubercolosi polmonare sia elettivamente apicale, tuttavia resta fermo che gli apici costituiscono la sede di predilezione della malattia quando si diffonde dai primi focolai di infezione al parenchima polmonare. A carico degli apici si riscontrano molte volte i primi segni della tubercolosi manifesta, se si astragga dai reperti anatomo-patologici, da quelli radiologici, e da quelli clinici in circostanze particolari (es. tub. polmonare della prima infanzia).

Grande perciò è stata e grande continua ad essere l'importanza che all'esame fisico degli apici si attribuisce. Con questa nota io intendo portare un contributo, di carattere essenzialmente pratico, ad uno dei più comuni e semplici metodi di indagine, quello che si compie con la percussione. I risultati della percussione, se non hanno da soli grande valore, ne acquistano uno assai notevole quando concorrono insieme con tutti gli altri dati della semeiotica al giudizio clinico. È pertanto giustificata ogni finezza di metodo ed ogni cautela critica che servano all'esatto riconoscimento dei fatti e alla loro giusta valutazione.

Ciò mi pare tanto più vero in quanto l'esame radiologico degli apici polmonari è molte volte per il clinico di scarso valore. Chi ha l'abitudine di completare e controllare la usuale indagine con la indagine speciale dei raggi *Röntgen* sa per esperienza che i risultati della prima sono spesso più precoci, più probativi e più abbondanti che non i risultati della seconda. Avviene con una certa frequenza di ascoltare rantoli e crepitii pleurici, palpare un fremito vocale-tattile patologicamente rinforzato, mettere in evidenza una cospicua ipofonesi o una diminuzione notevole dell'area di sonorità apicale o altre alterazioni di grande importanza semeiotica e clinica, mentre i reperti radioscopici e anche radiografici sono negativi, dubbi, o fallaci.

Non disconosco all'esame radiologico il valore che si merita. Anzi, dichiaro che, secondo me, la inferiorità dell'esame radiologico degli apici in confronto di quello clinico propriamente detto

è solo apparente e consiste principalmente in questo: che con la stessa denominazione di « apice polmonare » il clinico e il radiologo si riferiscono a due entità diverse.

Più precisamente:

Il radiologo intende per apice polmonare solo ed esattamente l'apice polmonare, cioè la porzione sopraclavicolare del lobo superiore. Il clinico invece ha dell'apice stesso un'idea anatomicamente meno esatta e clinicamente più comprensiva perchè riferisce all'apice tutti i reperti percussori, ascoltatori, ecc., che trova sulla zona così detta apicale, e questa è una zona *di proiezione*. Per quanto leggera sia la percussione, i caratteri del suono plessico non possono non risentire anche delle condizioni del parechima polmonare — ed eventualmente anche di altri elementi — situati al di sotto dell'apice propriamente detto. E analoghe considerazioni si possono applicare all'ascoltazione, alla palpazione, e così via.

Dunque, se nemmeno l'indagine radiologica può adeguatamente controllare i rilievi semeiotico-clinici, è evidente l'importanza, come prima dicevo, del loro sicuro riconoscimento e della loro esatta interpretazione.

Scopo di questo scritto è di render nota una causa d'errore, che, a mio avviso con una certa frequenza, può intervenire nella percussione degli apici (regione sopra spinata e sopraclaveare). La causa d'errore consiste in questo: che l'apice può dare un suono plessico ipofonetico in seguito e per causa della percussione sopra di esso esercitata.

*
* *

Credo che sia capitato e capiti a tutti i medici di trovare, ad un esame, relativamente ipofonetico un apice che ad un esame successivo, anche a distanza di tempo brevissima, rende invece un suono normale. O anche di trovare, ad esami successivi, più ipofonetico quello dei due apici che prima sembrava dare un suono più chiaro e più alto dell'altro, e viceversa.

Le spiegazioni del reperto contraddditorio possono essere diverse.

Trattandosi di rilievi di estrema finezza, può darsi benissimo che il primo o il successivo giudizio siano effettivamente errati.

Può darsi che la presunta ipofonesi sia simulata da un atteggiamento non perfettamente simmetrico del paziente, da lievi contrazioni (inavvertite dal medico) dei piani muscolari su cui si percuote, ecc.

Tutte queste sono spiegazioni in molti casi certamente giuste, come viene dimostrato dal fatto che, riconosciuta ed eliminata la causa dell'errore, questo più non si ripeta.

Ma è altrettanto vero, se devo stare alla mia esperienza, che non di rado la ipofonesi è reale, non simulata; non dipende da alcuna delle cause di errore note; ed è provocata precisamente dalla percussione.

In base ad osservazioni che vado facendo da diversi anni credo di poter asserire che percuotendo, anche con modica forza, sopra una zona apicale la si può far *diventare* ipofonetica.

Che la ipofonesi sia effettivamente causata dalla percussione (digito-digitale) chiunque può sperimentare. Scelto un soggetto, nel quale prima si sia trovato (mediante pochi colpi di percussione e distribuiti in egual numero sulle regioni simmetriche di destra e di sinistra) che i due apici danno la stessa risonanza plessica, si percuota da *una parte sola* sopra una delle regioni (sopraspinata o sopraclaveare) che costituiscono la così detta zona apicale. Basta dare una decina di colpi, con modica forza, adattando — naturalmente — la forza della percussione stessa e la pressione del dito che funge da plessimetro allo spessore più o meno grande delle parti molli. Quell'apice sopra il quale si è così percosso dà quasi immediatamente un suono ipofonetico. La ipofonesi è lieve, e quindi è sicuramente riconoscibile non tanto per sè stessa quanto per il confronto con la percussione comparativa sull'altro apice, sul quale non si è percosso.

Se dopo qualche tempo si ricerca di nuovo la ipofonesi, non la si trova più. Si può allora eseguire una specie di contro-prova, cioè far diventare ipofonetico l'altro apice. Trascorsi alcuni minuti, anche la ipofonesi dell'altro apice si dilegua, e i due apici tornano a dare, come prima delle prove, un suono plessico della stessa intensità ed altezza.

Questa ipofonesi, che io chiamo *percussoria*, è dunque transitoria. È difficile determinare esattamente dopo quanto tempo dalla percussione compaia, e quanto tempo duri. La difficoltà è dovuta forse al fatto che il fenomeno si stabilisce gradualmente e si risolve piuttosto lentamente; ed è dovuta certo anche al fatto che per stabilire il tempo di comparsa e di durata della ipofonesi, è necessario nuovamente percuotere, vale a dire rinnovare, o mantenere, lo stimolo che l'ha provocata. In via approssimativa e in media, io credo che la ipofonesi compaia quasi immediatamente, per raggiungere il massimo dell'intensità dopo 2-3 minuti e per schiarirsi del tutto dopo 10-15 minuti.

Percuotendo sulle sopraspinate l'ipofonesi è più marcata di quella che si ottiene percuotendo sulle sopraclaveari.

Tanto in un caso che nell'altro la ipofonesi non si limita alla regione su cui si è percosso, ma si estende a tutta la zona apicale. Quando il fenomeno è molto spiccato, si riesce a rilevare l'ipofonesi anche sulla parte più alta della sotto clavicolare.

La percussione, come provoca la comparsa di una ipofonesi là dove prima non c'era, così può far diventare più intensa una ipofonesi preesistente.

Credo inoltre di poter aggiungere che sugli apici i quali siano sede di qualche processo patologico (tubercolosi), il fenomeno in parola ha maggiore evidenza e maggiore durata. Avverto però che quest'ultima asserzione ha bisogno di essere confermata da osservazioni più numerose e meglio controllate di quelle che io ho potuto eseguire.

Non sono mai riuscito a stabilire con sicurezza (anche perchè in ricerche simili, è difficile sottrarsi del tutto alla suggestione o al timore di lasciarsi suggestionare) se alla ipofonesi si accompagnino anche variazioni del murmure vescicolare, del fremito vocale tattile, e simili.

Il controllo radioscopico mi è sembrato poco probativo. (Dichiaro anche che io lo credo inadeguato).

Percuotendo su altre zone del torace che non siano le apicali, i risultati mi parvero contraddittori.

*
* *

La importanza pratica della ipofonesi percussoria parrebbe diminuita dal fatto, sopra esposto, che la ipofonesi è così lieve da non venire sicuramente riconosciuta se non per mezzo della percussione comparativa. Cioè, si sarebbe indotti a supporre che esaminando gli apici di un soggetto, l'ipofonesi percussoria non viene rilevata perchè, dato che la percussione viene esercitata sull'uno e sull'altro apice, diventano ambedue ipofonetici, ed in egual misura.

Ciò è vero solo in alcuni casi, e cioè nei casi in cui si percuotono le due zone apicali con colpi ugualmente forti ed ugualmente numerosi.

Invece in altri casi non è vero, quando cioè i colpi sono più forti e più numerosi su una parte piuttosto che sull'altra.

Io ritengo che codesti altri casi siano frequenti. Infatti, molte volte, dopo i primi colpi di percussione uguali ed ugualmente distribuiti a destra e a sinistra, se *pare* che uno degli apici dia un sono più scarso dell'altro, o più timpanico, o comunque sospetto, allora su quello si torna a percuotere, e si replicano i colpi, con forza varia, e si insiste per assicurarci che è veramente ipofonetico, mentre sull'altro si dà qualche colpo ogni tanto, e unicamente per il confronto.

Codeste possono sembrare minuzie, e non vi insisto. Tanto più in quanto credo che ciascuno, se mentalmente si figuri gli atti che compie nell'esame degli apici polmonari, subito si convinca dell'esattezza di ciò che asserisco.

*
* *

Constatata la produzione della ipofonesi percussoria, ho cercato di rendermene ragione.

Da principio mi sembrò plausibile supporre che la ipofonesi fosse dovuta ad una contrattura dei muscoli percossi. Ma la palpazione mi convinse che la ipotesi era infondata, o quanto meno insufficiente, perchè non mi riuscì mai di riconoscere dopo la percussione una tensione muscolare maggiore. È possibile che si determini un aumento di tensione, o un turgore tali da non essere riconoscibili con un'indagine così grossolana come la palpatoria, ma tanto piccole variazioni mi sembrano insufficienti a spiegare la netta, e talvolta relativamente intensa, ipofonesi.

Confesso che non seppi quale altra spiegazione escogitare finchè non venni a conoscere l'esistenza di uno speciale riflesso descritto da C. Minerbi e da lui denominato riflesso *onco-pleurico*.

Per ricordare brevemente in che cosa esso consista, riporterò alcune delle conclusioni con le quali l'A. chiude l'articolo che lo illustra (1):

« 1) Irritando fortemente la cute toracica (per es. pizzicandola energicamente tra due unghie) in corrispondenza di un punto qualsivoglia della pleura parietale (escluse le regioni della mammella muliebre e della scapola), si ottiene entro 2 a 8 secondi in quel punto un'area di ipofonesi marcata. Questa presenta forma ed ampiezza determinate, diverse secondo il punto stimolato, e s'irradia in un senso piuttosto che in un altro a norma della direzione della corrente nei capillari linfatici toracici profondi corrispondenti. I margini del focolaio ipofonetico non sono netti, ma vanno gradatamente sfumandosi alla periferia.

« 2) L'area suddetta è affatto immobile nei movimenti respiratori. Essa si può ottenere anche in corrispondenza del segmento craniale dello spazio

(1) C. MINERBI, *Il « riflesso onco-pleurico »*, Riforma Medica, anno XXXVIII, n. 26, 1922, pag. 603.

semilunare di Traube. D'altra parte manca ogni turgore sia della pelle, sia dei muscoli giacenti superficialmente alle ossa costali. Per conseguenza si deve ammettere che l'ipofonesi dipenda dal formarsi di una specie di ponfo alla superficie libera della pleura parietale (riflesso onco-pleurico). Nulla di simile accade di osservare in corrispondenza del peritoneo parietale ».

Il Minerbi spiega la proprietà della pleura di inturgidirsi per una irritazione del distretto cutaneo corrispondente, ricordando che la pleura parietale è separata dal piano costale profondo mediante uno strato di tessuto cellulare lasso; che la pleura si può paragonare a un enorme sacco linfatico; e pensando che « un forte stimolo cutaneo determini nei capillari sanguigni sotto sierosi adiacenti un *nisus* congestivo violento con fulminea inondazione linfatica locale del tessuto peripleurico e per conseguenza una specie di ponfo alla superficie libera della pleura parietale, con che si verifica uno smorzamento del suono plessico polmonare ».

Lo stimolo cutaneo atto a suscitare il riflesso onco-pleurico può consistere nel pizzicamento — come si è detto —, o nella faradizzazione col pennello di Smith, o in una brusca sensazione di freddo provocata con l'etere, o cloruro d'etile; e così via. La percussione digito-digitale può stimolare la cute in modo da provocare il riflesso?

Io credo di no. Ma non è detto che il riflesso onco-pleurico sia provocato soltanto da stimoli cutanei (1). Se si accetta la spiegazione che ne dà il suo primo descrittore, cioè — come prima si è detto — un violento « nisus » congestivo dei capillari sanguigni sotto sierosi, nulla vieta — a parer mio — di credere che tale effetto possa venir provocato anche da un vivace stimolo *muscolare*.

I muscoli delle regioni apicali hanno innumerevoli connessioni nervose e linfatico-vascolari con la pleura dell'apice. Anche senza rievocare dettagli anatomici, basta ricordare alcuni segni clinici importanti, di notevole entità, precoci e comuni quali la dolorabilità (spontanea o provocata), l'abnorme eccitabilità, le distrofie e simili reazioni dei muscoli del cingolo scapolare (e specialmente della regione sopraspinata) provocate da affezioni pleuro-polmonari dell'apice. Qualunque sia la genesi e il meccanismo di tali reazioni, esse stanno ad indicare una *simpatesi* diretta e pronta, e quindi la esistenza di vie attraverso le quali il riflesso onco-pleurico può esplicarsi.

Probabilmente, le ragioni — qualunque siano — per le quali le alterazioni nei muscoli della regione sopraspinata sono più precoci e più cospicue che in altri, sono le stesse per le quali la ipofonesi percussoria è più intensa appunto quando si percuote sulla sopraspinata piuttosto che sulla sopraclaveare.

E probabilmente dette alterazioni fanno sì che l'ipofonesi sia, come ho prima detto, più intensa e più duratura quando si percuote sopra un apice malato piuttosto che su uno sano. Cioè, lo stimolo che si determina percuotendo sopra muscoli « irritati » (1) riesce probabilmente più forte, e quindi provoca un riflesso più vivace di quanto non si otterrebbe percuotendo sopra muscoli in condizioni normali.

Esprimo questa ipotesi senza disconoscere l'importanza di un altro fatto, cui accenna anche il Minerbi, a spiegazione della maggiore estensione e intensità che il riflesso onco-pleurico assume in corrispondenza di antiche aderenze pleuritiche, e precisamente la vascolarizzazione più abbondante e più ricca di anastomosi che viene stabilita dalle aderenze stesse.

---

(1) Lo stesso MINERBI recentemente (*Il « riflesso dei vasi vertebrali »; il « riflesso della giugulare interna » e l'applicazione pratica di quest'ultimo per la identificazione delle antiche aderenze pleuritiche*. Cuore e Circolazione, anno IX (nuova serie), fasc. 10, 1925, pag. 415) ha dimostrato che detto riflesso si può provocare anche comprimendo la vena giugulare interna o i vasi vertebrali. Anzi, comprimendo la giugulare interna anche da un lato solo (destro), si ottiene una ipofonesi diffusa, uniforme, « estesa a tutto l'ambito dell'a pleura parietale destra (escluse le regioni della mammella muliebre e della scapola). D'ordinario una ipofonesi (assai meno notevole) si fa palese anche in corrispondenza della pleura parietale sinistra ».

Secondo l'A. la fugace ipofonesi che si riscontra nei bambini piangenti e nei cardiopatici scompensati sarebbe appunto da interpretare come un fenomeno onco-pleurico provocato dall'ostacolato scarico della giugulare interna.

Quando (o naturalmente, come in questi casi, o sperimentalmente) lo scarico della giugulare interna è ostacolato, allora, per evitare un ingorgo venoso capillare nell'encefalo, viene immesso nelle arterie vertebrali e carotidi comuni un volume di sangue minore, e per ottenere ciò una proporzionata quantità di sangue viene *accantonata* « nel territorio venoso-capillare di un organo di valore funzionale assai scarso, qual'è la fascia endotoracica, cioè il connettivo lasso di sostegno della pleura parietale. Un fenomeno analogo è stato descritto, come tutti sanno, dai fisio-patologi per la rete capillare sanguifera del tessuto sotto-peritoneale ».

(1) Uso codesto aggettivo « irritati », che riconosco improprio e indefinito, per lasciare impregiudicata la questione della natura e della genesi del risentimento muscolare in parola. Si tratti di miositi o di neuriti, di alterazioni tossiche o neurotrofiche, e così via, è questione che non ci interessa, perchè la diversa qualità di tali processi non determina apprezzabili diversità nel fenomeno della ipofonesi percussoria.

Il Minerbi ha trovato un appoggio a tale supposizione anche nella abnorme configurazione del tonfo pleurico in località di antiche aderenze pleuritiche: configurazione, cioè, non solo più estesa ma anche irregolare, frastagliata invece che rotonda o a fascia rettilinea.

Io non posso, nel particolare caso che descrivo, riconoscere la figura della ipofonesi perchè detta ipofonesi tutte le volte in cui mi è sembrato sicuramente riconoscibile era di tutto l'apice (1).

Ma sono portato a credere che l'intensità dell'ipofonesi percussoria apicale sia in rapporto specialmente con fattori di origine neuro-muscolare (qualunque essi siano) per le seguenti ragioni:

1) Sulla cupola pleurica non si riscontrano mai quelle grosse, e direi quasi carnose, cotenne pleuritiche che si riscontrano altrove e che facilmente stabiliscono maggiori e nuove connessioni circolatorie emo-linfatiche fra pleura parietale e pleura viscerale (e forse anche territori extra-pleurici);

2) L'ipofonesi percussoria non si provoca (o per lo meno non si provoca con facilità e con evidenza) percuotendo sopra muscoli i quali non abbiano con i tessuti pleuro-polmonari sottostanti quelle strette correlazioni che hanno i muscoli del cingolo scapolare, come l'anatomia e la clinica insegnano.

Ad ogni modo, non intendo ora portare l'argomento nel campo delle discussioni teoriche, nè sostenere alcune ipotesi in confronto di altre. Mi basta render noto un fatto che nessun altro — per quanto io so — aveva ancora osservato e che mi sembra di notevole importanza pratica: cioè *che con la usuale percussione digito-digitale sopra un apice si può far diventare l'apice stesso ipofonetico.*

(1) Anche il Minerbi aveva osservato che « se si suscita il fenomeno descritto (onco-pleurico) all'apice polmonare, la zona relativamente ipofonetica determinata dalla stimolazione della cute — stante la ristrettezza del « campo di Krönig » — invade non di rado l'intiera area di suono chiaro proiettata dall'apice ».

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Necessità dell'intervento precoce nella calcolosi renale ed ureterale

pel dott. ERMANNO PAZZI, Roma.

Nel n. 30 del 27 luglio 1925 del giornale *Il Policlinico*, Sezione pratica, ho cercato di dimostrare la necessità dello accertamento etiologico precoce delle piurie.

Oggi, nello stesso giornale, ritengo utile richiamare l'attenzione dei medici pratici sulla necessità, accertata la diagnosi di calcolosi renale od ureterale, dell'intervento precoce.

Troppo spesso infatti nei casi di calcoli renali, anche se grandi, vengono prescritte agli infermi le cure medicamentose e di acque ipotoniche, senza sorvegliare assiduamente il paziente per le sempre possibili e spesso gravi complicazioni.

Ben si comprende che, quando si tratta di piccoli calcoli, non è consigliabile, in primo tempo, l'atto operativo, senza prima avere esperito tutti gli altri trattamenti terapeutici, ma non bisogna insistere per lungo tempo.

Non è purtroppo raro constatare infatti come calcoli, anche piccoli, se irregolari, in ispecie se a contorni con punte aguzze, si incuneino nei calici, nella pelvi, negli ureteri, in modo tale da non poter essere espulsi spontaneamente e da produrre in un tempo, relativamente breve, gravi alterazioni dei reni.

Nella mia pratica radiologica di ormai cinque anni in cliniche specializzate per malattie urinarie (R. Clinica Chirurgica di Roma diretta dal prof. Alessandri; Clinica privata prof. Bonanome; Clinica privata prof. Pirondini), ho avuto l'occasione di osservare numerosi casi nei quali una pielotomia tempestiva avrebbe certamente salvato il paziente da una nefrectomia più tardi.

Non ha valore l'argomento da alcuni sostenuto di dovere limitare l'atto operativo, specie se radicale, solo ai casi di gravi disturbi e di gravi complicazioni, perchè anche togliendo il calcolo (pielotomia, nefrotomia, ureterotomia, ecc.), calcoli si possono riprodurre nello stesso rene e si può avere calcolosi nel rene superstite. Infatti se è vero che con l'atto operativo non viene modificata la naturale disposizione costituzionale del soggetto, tuttavia bisogna tener conto che viene rimossa la causa del pericolo immediato di possibili complicazioni settiche, e spesso della distruzione, inevitabilmente progressiva, del rene calcoloso.

E si deve aggiungere che nulla vieta successivamente di prescrivere quelle cure medicamentose e diuretiche che possono rendere meno probabile la formazione di altri calcoli, cure che,

così spesso, sono state inefficaci per la espulsione dei calcoli, se grandi od irregolari, già formati.

S'intende che in ogni caso l'unico competente per stabilire l'opportunità dell'intervento e la natura di questo, è il Chirurgo Urologo al quale è devoluta la responsabilità, prima di ogni atto operativo, dell'accertamento della funzionalità renale.

Trattandosi di una breve nota di esclusiva importanza pratica, non riferirò diffusamente storie cliniche, metodi di indagini, di interventi, ecc., e mi limiterò solamente a conforto della tesi che sostengo, a presentare alcuni pielogrammi di reni asportati, molto dimostrativi.

Da questi appare infatti evidente quali alterazioni dell'organo possono produrre in tempo, ripeto, relativamente breve, calcoli, anche piccoli, incuneati nella pelvi renale o nell'uretere.

Si tratta di cinque casi, fra i tanti osservati, nei quali i disturbi subiettivi (dolore) ed obiettivi (urine torbide, ematuria, febbri intermittenti, ecc.) erano cominciati da un minimo di tre anni ad un massimo di venti anni.

Le lesioni che si rilevano dai pielogrammi (bromuro di sodio al 20 %) sono pionefrosi più o meno estese, con atrofia del parenchima renale e con notevole dilatazione della pelvi e dei calici, spesso con la completa trasformazione del rene in grosse sacche purulente.

In questi casi che presento è stato sempre necessario ricorrere alla nefrectomia.

CASO I. — N. G. di anni 19, benestante. Novembre 1924.

Dieci anni prima ebbe ematuria poi sempre dolore nella regione renale destra con emissione di urine torbide. Qualche mese prima degli accertamenti in clinica, disturbi cistalgici.

Le radiografie ventro-dorsale e laterale dimostrarono presenza di un piccolo calcolo nel polo inferiore del rene destro. La cromocistoscopia fece rilevare completa abolizione funzionale del rene destro. Nel pielogramma del rene asportato *fig. 1* si osserva una pionefrosi a sacche con quasi completa distruzione del parenchima renale: il calcolo è nella sacca inferiore.

CASO II. — B. di N. di anni 25, stiratrice. Marzo 1925.

Da quattro anni dolori alla regione renale sinistra: urine torbide: disturbi cistalgici. La radiografia ventro-dorsale dimostrò la presenza di un calcolo di media grandezza, irregolare, al l'inizio dell'uretere sinistro. La cromocistoscopia fece rilevare completa abolizione della funzionalità renale sinistra. La radiografia *fig. 2* del rene rimosso ed il pielogramma *fig. 3* di esso fanno osservare il calcolo all'inizio dell'uretere ed una completa pionefrosi a grosse sacche.

CASO III. — L. di B. di anni 24, contadino. Aprile 1925.

Da tre anni dolori alla regione renale sinistra: urine sempre turbide. La radiografia ventro-dorsale dimostrò la presenza di un grosso calcolo nella porzione superiore dell'uretere sinistro e mise in evidenza una ombra renale molto ingrandita. La cromocistoscopia fece rilevare la completa abolizione funzionale del rene. Il pielogramma del rene asportato *fig. 4* fa constatare una pionefrosi totale con sacche molto grandi con il calcolo nella prima porzione dell'uretere

Fig. 1.

Fig. 2.

CASO IV. — P. R. di anni 40, impiegato. Maggio 1925.

Da un ventennio dolore alle regioni renali, poi con localizzazione a destra: urine sempre più torbide. Le radiografie ventro-dorsale e laterale dimostrano la presenza di un calcolo di media grandezza in un punto corrispondente alla pelvi renale con ombra renale piccola. L'esame della funzionalità renale rilevò l'abolizione di questa a destra. Il pielogramma del rene asportato *fig. 5* mostra una uropionefrosi completa e atrofica con il calcolo incuneato nella pelvi.

Fig. 3.

Fig. 4.

CASO V. — G. S. di anni 15, contadino. Luglio 1925.

Da circa tre anni dolore nella regione renale sinistra: da tempo indeterminabile urine torbide. La radiografia ventrodorsale dimostrò la presenza di un piccolo calcolo triangolare nella pelvi renale sinistra. La cromocistoscopia fece rilevare abolizione della funzionalità del rene sinistro. La radiografia del rene asportato ed il pielogramma *fig. 6* e *7* fanno osservare il calcolo nella pelvi e pionefrosi completa a sacche.

Fig. 5.

Fig. 6.

Non è inutile aggiungere infine che ho potuto avere notizie di molti degli infermi sottoposti a pielotomia, nefrotomia, od all'ureterotomia per asportazioni di calcoli, in questi ultimi tre anni.

Fig. 7.

Negli operati non si sono ancora verificate recidive e, in quasi tutti, è conservata perfettamente la funzionalità renale che fu ripristinata dall'atto operatorio.

Roma, 15 luglio 1925.

RIVISTE SINTETICHE.

Sul meccanismo dell'agglutinazione.

Dott. N. PARISE.

Da quando Grüber e Durham nel 1896 osservarono il fenomeno dell'agglutinazione e cercarono spiegarne il meccanismo, tutta una ricca letteratura si è andata accumulando sull'argomento.

Ridotto nella sua essenza ad un'estrema semplicità, il fenomeno dell'agglutinazione consiste nella precipitazione dei batteri ogni volta che a sospensioni batteriche si aggiunge un immunsiero specifico per la rispettiva specie batterica.

In via ipotetica si può dire che per provocare l'agglutinazione in vitro è necessario che avvenga l'unione di una sostanza non meglio caratterizzabile, le agglutinine, che sarebbe contenuta nel siero specifico, con la sostanza agglutinabile del corpo batterico.

*
* *

Per spiegare l'intimo meccanismo dell'agglutinazione sono state emesse varie ipotesi. Secondo Grüber l'introduzione di batteri nel rispettivo siero omologo provocherebbe il rigonfiamento della membrana batterica, mentre contemporaneamente anche i bacilli diventerebbero vischiosi (agglutinabili); in conseguenza di questa trasformazione i batteri si ammucchierebbero e precipiterebbero nel fondo.

Questa ipotesi non è più accettata da alcuno, anche perchè ulteriori ricerche non hanno potuto stabilire nessuna alterazione nè della forma, nè della colorabilità dei batteri agglutinati.

Secondo il Bordet l'agglutinazione è da ritenersi un fenomeno puramente fisico. Poichè l'agglutinazione avviene non solo con batteri vivi, ma anche con quelli uccisi, bisogna ammettere come elemento principale nel meccanismo dell'agglutinazione l'attrazione molecolare tra i batteri da una parte e un cambiamento indispensabile nella costituzione del mezzo liquido, così come le sostanze chimiche disciolte in un liquido spesso precipitano sotto influenze apparentemente scarse.

L'influenza principale sarebbe in questo caso esercitata — secondo questo A. — dal cloruro di sodio. È stato di fatto notato che se il cloruro di sodio viene estratto dalla sospensione mediante la dializzazione non si verifica l'agglutinazione, e se, al contrario al siero dializzato si aggiunge cloruro di sodio, l'agglutinazione si ripresenterà di nuovo. Ma il Friedberger ha dimostrato a questo proposito che in questo processo non è la presenza del cloruro di sodio che è indispensa-

bile, perchè lo si può sostituire, ottenendo i medesimi risultati, col bisolfato di potassio e con il glucosio.

*
* *

I progressi della chimico-fisica hanno dimostrato se non l'identità, per lo meno la grande analogia di molte reazioni sierologiche coi fenomeni colloidali; e così per molti AA. anche l'agglutinazione rientrerebbe in questo gruppo.

Dopo il Graham tutte le sostanze disciolte si dividono in due gruppi: in colloidi e cristalloidi. Le prime formano le soluzioni apparenti, le seconde le soluzioni vere.

La differenza principale tra colloidi e cristalloidi consiste nel fatto che mentre le sostanze colloidali non passano attraverso una membrana animale (semimpermeabile) le cristalloidi vi passano.

Noi conosciamo due stati colloidali in natura: lo stato di *sol* e lo stato di *gel*. Per il primo s'intendono le soluzioni colloidali apparenti: tale ad esempio è il plasma sanguigno, che a prima vista sembra una vera soluzione. Se però noi lo sottoponiamo alla dializzazione in acqua distillata, ben presto osserveremo che una parte del plasma rimasta nel tubo dializzatore, precipita in forma di floculi più o meno grossi. Aggiungendo dei sali neutri al precipitato questo si ridiscioglie: la causa della flocculazione è stato il passaggio dei sali neutri attraverso la membrana permeabile per essi.

In tutte le soluzioni si possono distinguere due componenti: il liquido che in chimica colloidale assume il termine di mezzo di dispersione e la sostanza sciolta più o meno apparentemente: parte dispersa. I due componenti formano il sistema disperso.

I colloidi nel mezzo di dispersione si possono trovare emulsionati (cioè sotto forma di particelle disperse visibili) o sospesi (cioè sotto forma di particelle disperse invisibili).

I colloidi emulsionati, secondo la nuova nomenclatura, si chiamano colloidi liofobi; quelli sospesi colloidi liofili.

Bisogna, pertanto, notare che nelle dispersioni colloidali naturali di proteine, accanto al colloide liofilo riscontriamo sempre anche il colloide liofobo. Una proteina liofoba si distingue da quella liofila dal fatto che per raggiungere con essa una dispersione colloidale in acqua è sempre necessaria la presenza di elettroliti, mentre la proteina liofila da sè sola è capace di formare una soluzione apparente riconoscibile solo con metodi delicati, come l'ultrafiltrazione, la dialisi, ecc.

Nel siero di sangue degli animali superiori, si riscontra egualmente proteina liofoba accanto a quella liofila. Se si tolgono dal siero sanguigno gli elettroliti, la proteina liofoba (glubulina, o meglio euglobulina) dalla fase dispersa passa nello stato solido: flocculazione.

Questo processo è reversibile, nel senso che basta rigenerare il contenuto elettrolitico del liquido e restituire la concentrazione degli H ioni, perchè ritorni di nuovo una dispersione colloidale. Il liquido liberato così dalla proteina liofoba non contiene una sola proteina ma invece tutta una serie di corpi proteici che differiscono tra loro per la precipitabilità mediante sali neutri.

Anche i corpi proteici dei microrganismi si possono dividere in liofili e liofobi.

Specialmente interessante è il comportamento delle soluzioni colloidali nella corrente elettrica, perchè in questo mezzo è possibile il frazionamento delle soluzioni stesse.

Tutti i colloidi mostrano nella corrente elettrica una determinata direzione di migrazione ed una velocità di migrazione paragonabile alla forza della corrente stessa. Le particelle minuscole delle dispersioni colloidali, assumono rispettivamente le parti di anioni e di cationi.

La regolarità di migrazione delle soluzioni colloidali nel campo potenziale forma l'oggetto della elettrosmosi, che si può chiamare anche l'elettrochimica dello stato colloidale (Ruppel).

Le particelle disperse posseggono una determinata carica elettrica, che è rispettivamente la causa stessa della dispersità e della stabilità dello stato colloidale. Se le particelle disperse perdono la loro carica cessa lo stato colloidale e subentra la flocculazione.

Nella corrente elettrica la flocculazione avviene agli elettrodi, in quel polo cioè verso il quale le particelle migrano in seguito alla loro carica.

Le dispersioni dei corpi proteici in acqua mostrano nella corrente elettrica un comportamento alquanto diverso dagli altri colloidi. Questo comportamento speciale dei corpi proteici dipende dal fatto che essi hanno una struttura molecolare costituita da aminoacidi complessi, che dal punto di vista fisico-chimico sono da considerarsi come elettroliti anfoteri, cioè posseggono contemporaneamente un carattere acido e basico, per cui possono entrare in combinazione sia con acidi che con basi.

Per il nostro studio importa specialmente il comportamento della frazione euglobulinica, per chè sembra che sia ad essa dovuto il fenomeno dell'agglutinazione. È noto che l'euglobulina priva di sali, cioè insolubile, forma con la pseudoglobulina, anch'essa priva di sali, delle dispersioni completamente omogenee, dalle quali l'euglobu-

lina si precipita solo per l'aggiunta di acidi, o meglio per azione della corrente elettrica, previa aggiunta di cloruro di sodio.

Sulle proprietà fisico-chimiche delle proteine batteriche sappiamo ancora poco. Michaelis ed altri hanno osservato il fenomeno della così detta agglutinazione acida. Come è noto, le sospensioni batteriche si comportano come colloidi liofili (colloidi di sospensione) di carica elettronegativa. Il Michaelis dopo aver dimostrato che le singole proteine hanno una carica elettrica diversa, cercò di usare delle soluzioni di acidi per provocare una flocculazione differenziata dei batteri. Se si prescinde dalle inevitabili cause di errori, i risultati di questi esperimenti dimostrano la perfetta analogia delle proteine batteriche con le altre proteine comunemente usate in chimica.

*
* *

Attualmente il moderno indirizzo scientifico tende a considerare l'agglutinazione come dovuta ad un processo fisico-chimico. Ad avvalorare questa concezione starebbero ancora due elementi, la possibilità di ottenere agglutinazione aspecifica mediante sostanze chimiche e l'aumento aspecifico del titolo dell'agglutinazione, mediante fattori biologici e chimici. È fuori dubbio che certe sostanze chimiche, come il sublimato, la formalina, l'acido fenico, il cloroformio, l'acido salicilico, ecc., sono dotate di capacità agglutinante, malgrado il Kolle e il Ketsch affermino che in questo caso non si tratti di vera agglutinazione, ma di un fenomeno di flocculazione, di natura chimica (precipitazione).

Per quanto riguarda l'aumento aspecifico del titolo di agglutinazione per influenze biologiche e chimiche vi sono diverse osservazioni in proposito che avvalorano tale possibilità.

Il Dieudonné, infatti, osservò sin dal 1906 che il potere agglutinante del siero di conigli immunizzati con germi di tifo e di colera, dopo un certo tempo comincia a scomparire per ricomparire di nuovo quando in essi s'inietta una soluzione di etolo.

Il Leube d'altra parte ha potuto ristabilire la capacità di agglutinazione di un siero, mediante iniezioni di pilocarpina e sotto l'influsso di sostanze pirogene o mediante una abbondante alimentazione, ecc.

Recentemente fenomeni analoghi sono stati osservati in vitro. Sono interessanti a questo proposito gli esperimenti del Güntier sull'influenza di certi metalli sull'agglutinazione. Quest'A. introdusse in alcune sospensioni di bacilli di tifo e paratifo una laminetta di argento e in altre una laminetta di rame. Dopo un determinato intervallo di tempo egli confrontò l'agglutinabilità dei batteri trattati in questo modo (usando il rispettivo antisiero) con l'agglutinabilità di emulsioni batteriche comuni.

In altri esperimenti analoghi tenne a contatto per lungo tempo con argento e rame metallico le soluzioni di cloruro di sodio, che usò poi per fare le emulsioni batteriche.

In una terza serie di esperimenti espose le diverse diluizioni di un antisiero specifico all'azione dei detti metalli, prima di eseguire l'agglutinazione con i rispettivi batteri.

I risultati riferiti da questo A. sono molto interessanti. L'azione dei metalli sui batteri, in rapporto all'agglutinazione, è notevole. In un primo tempo, cioè dopo un contatto breve, si manifesta un rafforzamento dell'agglutinazione, mentre dopo un contatto prolungato, avviene invece una inibizione della flocculazione.

Il Güntier interpetrando i suoi risultati, ritiene che le agglutinine vengono danneggiate dall'azione dei metalli. A noi sembra al lume di quanto abbiamo dianzi esposto, che è più facile in questo caso ammettere un'alterazione (nel senso fisico-chimico) degli elettroliti che costituiscono una specie di appoggio dello stato colloidale della proteina batterica.

Ancora più recentemente poi Jacono ha notato che se alla comune emulsione batterica con soluzione fisiologica si sostituisce una emulsione glucosata al 47 % si verifica in vitro un'agglutinazione spontanea ed a un tasso alto con sieri normali, nonchè un aumento notevole del titolo di agglutinazione con sieri testi. Fatti analoghi ha notato Jzar, e ultimamente Parise ha dimostrato che anche con altri monosaccaridi ed alcuni disaccaridi si può ottenere un notevole potere agglutinogeno aspecifico in presenza di sieri normali.

*
* *

Dal complesso di quanto più avanti si è detto e dai risultati delle varie ricerche soprariferite scaturisce che la vera essenza del fenomeno dell'agglutinazione è tutt'ora ignota.

Certo l'orientamento attuale, dovuto ai progressi della fisico-chimica, ci spinge sempre più verso una concezione affatto nuova e senza dubbio molto seducente.

Le correnti d'idee e gli indirizzi dottrinali, che oggi tengono il campo, tendono scuotere la geniale ipotesi di lavoro dell'Erlich, che ha finora

dominato il pensiero scientifico, e cercano di trasportare nel campo delle teorie colloidali tutte quelle reazioni che genericamente si comprendevano sotto il nome di reazioni antigene-anticorpi.

La soluzione di questo interessante problema è certamente del domani, ma sin da ora si può dire che molti dei complicati meccanismi immunitari, che noi cogliamo e sveliamo attraverso le reazioni di laboratorio, devono essere guardati, per una maggiore e più esatta comprensione, sotto questa nuova luce, che ne modifica alquanto l'aspetto.

Per ciò che riguarda particolarmente il nostro argomento, aggiungiamo che i recenti studi sull'agglutinazione aspecifica ci lasciano alquanto perplessi nell'accettare senza riserve l'antica concezione, e ci fanno pensare che alcuni lati del problema sono tutt'ora nell'ombra.

BIBLIOGRAFIA.

ABDERHALDEN. Lehrbuch der physiol. Ch., 1914.
BREYER e BLACKE. Jour. of Path., 1906.
CURSCHMANN. Deutch. Med. Wochenschirift, 1923.
D'ISTRIA. Riforma Medica, 1924.
EISENBERG e VOLCH ZEITSCH. Hygiene, 1902.
FRIEDBERGER. Deut. Med. Wochenschrift, 1924.
GALEOTTI e LUSTIG. *Malattie infettive.*
GUIOT. Central H. f. Bacter, 1908.
GÜNTER. Arch. fur Hygiene, 1924.
JACONO. Riforma Med., 1923.
IZAR. Biochimica ter. sperim., 1924.
KIRSCH. Deut. Med. Woch., 1923.
KOLLE e KETSCH. Die experiment. Bact., 1923.
LUSTIG e GALEOTTI. Patol. generale, 1922.
NICOLLE. Ann. Inst. Pasteur, 1924.
PARISE. Minerva Medica, 1925.
RIGHI. Riv. d'Ig. e San. pubbl., 1910.
RONDONI. Biochimica, 1925.
RUPPEL. Deut. med. Woch., 1923.
SILBESTEIN. Ibid., 1923.
VAN DE VELD. Semaine méd. 1907.
VIDAL e SICARD. Ann. Iust. Pasteur, 1897.
ZAGARI. Rif. Med., 1922.

RIVENDICAZIONI.

La vaccinazione dell'uomo contro la tubercolosi.

È noto che la vaccinazione dell'uomo contro la tubercolosi venne preconizzata ed attuata per la prima volta da Edoardo Maragliano.

Egli vedeva in questa pratica il mezzo più accessibile e sicuro di difesa contro la « peste bianca ».

Più tardi la pratica della vaccinazione antitubercolare è stata ripresa da Calmette e collaboratori, sia pure con procedimenti nuovi (virus bovino attenuatissimo, allo stato vivente, per bocca).

Le esperienze di Calmette e dei collaboratori con il loro vaccino « B. C. G. » hanno interessato tutto il mondo medico, al quale ormai si prospetta non lontana la soluzione di uno dei più gravi problemi della medicina sociale: la vittoria contro la letale malattia.

Purtroppo, però, si dimenticano e si trascurano i precedenti, ciò che riesce inesplicabile sovratutto in Italia.

Opportunamente in seno a un'adunanza di medici tenutasi a Genova per iniziativa del prof. Nicola Pende, questi ha pronunciato parole di rampogna e disapprovazione « per la campagna reclamistica ed antinazionale, che si sta svolgendo in questi tempi da taluni medici Italiani ed anche professori universitari in favore della vaccinazione antitubercolare alla Calmette, campagna che tenderebbe ad usurpare all'Italia la scoperta della vaccinazione antitubercolare che è gloria Italiana e gloria dell'insigne maestro sen. Maragliano ». Ed in quella riunione è stato votato il seguente ordine del giorno formulato dal prof. Pende medesimo: « I medici di ogni parte d'Italia venuti in Genova per frequentare il corso di perfezionamento in patologia e clinica della tubercolosi, tenuto dal sen. Maragliano, che per primo fondò su principio scientifico e praticò la vaccinazione antitubercolare, protestano contro la campagna reclamistica in favore della vaccinazione antitubercolare alla Calmette come se a questo scienziato e non piuttosto al Maragliano si debba la priorità della vaccinazione medesima e fanno voti che il Governo tutelatore di ogni nostro valore nazionale contro le continue usurpazioni straniere, intervenga energicamente per difendere e rivendicare le scoperte del genio italiano ».

R. D.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Sulla diagnosi dei tumori del midollo spinale.

(KARL GROSZ. *Wiener Klin. Woch.*, 1926, 5).

Leyden ed Erb avevano parlato nel 1870 della cura operativa dei tumori del midollo spinale e nel 1887 Gowers ed Horsley ottennero buone guarigioni con questo metodo. Una grande importanza ha per il clinico lo stabilire una diagnosi precoce di tumore del midollo spinale, poichè appunto non sempre è facile tale diagnosi ed anche oggi ancora con timore il più esperto neuropatologo vede una cura operativa dei tumori del midollo spinale. I clinici formulano la diagnosi servendosi di metodi fisici, però in generale il metodo pratico di un occhio bene esercitato ha anche un gran valore. Il punto principale per la diagnosi è un ostacolo dello spazio occupato dal midollo spinale, che proviene o dall'osso o dalle meningi o dal midollo stesso e ciò ha bisogno di molto tempo prima della sua esplicazione in sintomi, poichè detti tumori a carico del midollo crescono lentamente ovvero ciò dipende da una relativamente grande tolleranza del tessuto del midollo contro stimoli meccanici.

I primi sintomi sono in generale stimoli radicolari, per lo più dolori neuralgici. Questi dolori sono localizzati o nei punti delle radici compressi dal tumore direttamente ovvero in punti preferiti del corpo per es. nelle gambe, anche quando il tumore fosse situato nei segmenti superiori all'innervazione delle estremità inferiori. Abraham e Grossmann ritengono che il primo effetto della compressione consiste in una torsione del midollo sul suo asse e da ciò provengono i dolori dalle radici. In seguito alla fissazione del midollo compare la vera compressione. Carattere, intensità e durata dei dolori iniziali sono molto vari. L'inizio dei dolori qualche volta si è presentato molti anni prima.

Si parla di uno stadio neuralgico, quando per molto tempo l'unico sintoma sono i dolori neuralgici. Poichè l'origine dei dolori è così varia, che questi spesso vengono interpetrati falsamente e curati operatoriamente, per affezioni dell'addome. Spesso i dolori si rinforzano con la posizione orizzontale. Solamente rari sono i primi sintomi parestesie, invece di dolori. Esse sono per la localizzazione del processo abbastanza importanti, poichè essa e la estensione dipendono dalla sede del processo.

La ricerca sulla sede e sulla presenza dei dolori possono essere utili a scopi localizzatori e patognomonici. Serkos ha pubblicato nel 1914 un lavoro su ricerche, che dolori neuralgici sono mancanti più presso tumori extradurali che presso tumori intradurali, cosicchè i primi quasi sempre sono dipendenti dal tessuto durale od epidurale e gli altri quasi sempre vengono dalle vertebre. Ciò è vero in molti casi ma non sempre. Serkos ritiene che per i tumori intradurali sono caratteristici i dolori in varie direzioni e che per i tumori extradurali sono caratteristici i dolori al dorso, ma noi crediamo che da ciò non possa essere fatta una netta separazione per ambedue i modi di manifestarsi dei dolori.

Gli stimoli iniziali delle vie sensitive sono pochi. Per esempio, il primo segno di un caso di un fibroendotelioma del midollo spinale dorsale era un dolore penetrante nelle vicinanze dei fianchi, e cominciava un tubercolo intramidullare dei midollo spinale dorsale con punture nel ginocchio destro.

In generale sono i dolori per molto tempo nei tumori extramidullari i sintomi principali e negli intramidullari spesso un sintomo iniziale. Erlsberg trovò tipici dolori radicolari presso questi ultimi, i quali sono situati all'ingresso di una radice posteriore. Spesso mancano anche dolori neuralgici nello stato iniziale presso tumori extramidullari cosicchè non si può utilizzare nella diagnosi differenziale di ambedue le specie di tumori il presentarsi dei dolori. Allorchè la sede del tumore è alla parete anteriore (nel midollo cervicale, dorsale, o lombare) possono essere segno per una diagnosi precoce tremiti, crampi in determinato territorio muscolare, o una paralisi degenerativa in un determinato territorio muscolare, potrà essere preso come un segno certo per la localizzazione di un processo di compressione del midollo. Nel territorio delle radici dove il tumore ha sede si possono avere insieme neuralgie ed anestesie, che si estendono con l'aumento del tumore. I primi sintomi possono essere anche l'apparire di paralisi (monoplegie, emiplegie del tipo spinale o paraplegie) spesso lentamente, spesso rapidamente. Per lo più si presenta nei tumori situati nella parte superiore del midollo lombare il quadro della emiplegia Brown-Séquard, più forte o più debole. La sindrome si riscontra in ambedue le specie di tumore per poi più tardi dar posto alla paraplegia delle vie sensitive e motorie. Spesso si presenta nuovamente dopo la asportazione del tumore la sindrome di Brown-Séquard prima esistente. In generale allora si ritiene che la sede del tumore sia dalla parte della paralisi delle vie motorie. Ancora Erlsberg fa presente che spesso la paresi iniziale colpisce la parte del corpo contraria alla sede del tumore

ovvero i disturbi delle vie sensitive siano con la paresi dalla stessa parte del tumore. Quando questi sintomi si manifestano tante volte, si deve ritenere che l'effetto della compressione dipende più dalla direzione della crescita del tumore che dalla sua sede. Ai sintomi precoci dei tumori del midollo appartengono anche disturbi alla funzione della vescica e dell'intestino retto.

La forma caratteristica dell'inizio dei disturbi della sensibilità spinale, è la dissociazione della sensibilità, solamente in disturbi della stessa, che dipendono dalla compressione dei cordoni laterali del midollo, nel mentre nella distruzione di una radice si possono riscontrare in modo eguale tutti i disturbi della sensibilità. Ciò non vale sempre per la localizzazione della diagnosi. Vi sono casi nei quali il presentarsi dei disturbi della sensibilità è localizzato solo ad ambedue i ginocchi. I disturbi iniziali della sensibilità si presentano qualche volta da una parte, per esempio, nei tumori della coda equina. Lo sviluppo dei disturbi della sensibilità che si presentano in seguito alla compressione del midollo è di grande interesse fisio-patologico. Spesso la sensibilità si estingue nel senso della ascesa e si forma nel senso della discesa in seguito alla scomparsa della compressione. La intensità del disturbo della sensibilità ha per la diagnosi differenziale nessun valore. Qualche volta si presenta come sintoma precoce un ostacolo della mobilità del corpo o una sensibilità alla pressione spinale o paraspinale. Un piccolo valore per la diagnosi precoce e la localizzazione dei tumori del midollo hanno anche le visibili modificazioni radiologiche.

In generale si può con tutti i metodi clinici di ricerca stabilire il polo superiore del tumore. Questo è più difficile stabilirlo quando altri sintomi si presentano, per esempio, modificazioni della pressione del liquor. Può darsi che si presenti in seguito a raccolta locale di liquor, in saccoccie, la localizzazione del tumore più in alto. Però raramente all'autopsia si riscontrano simili forme sacculari. Si domanda se queste saccoccie di liquor possano manifestarsi in sintomi, poichè alla parte superiore del tumore la formazione del liquido e l'assorbimento sono così regolati che nessun ingorgo può avvenire. Inoltre sono tutti questi sintomi non caratteristici per stabilire una giusta diagnosi, ma è necessario vedere tutto insieme questi sintomi, ed ancora il procedimento della malattia e le sofferenze incominciate con dolori, progredienti lentamente. In alcuni casi fu osservato un ingorgo gelatinoso del liquor, denominato anche « coagulation en masse ». Questo si presenta o subito o impiega più tempo per il suo svolgimento. Questi sintomi si presentano per lo più in seguito a tumori del midollo spinale e specialmente nei tumori extramidullari ed intradurali. La combinazione della « coagulation en masse » con la xantocromia viene denominata sindrome di Froin. La xantocromia sola si presenta raramente, per lo più è insieme con aumento di albumina che con coagulazione. Come i coaguli di fibrina si riscontra la xantocromia nei tumori intradurali, per lo più nelle vertebre lombari che sono chiuse dal tumore.

L'aumento dell'albumina isolata è un sintomo importante e Nonne ne ha parlato per il primo nel 1908 ed è nominato « sindrome compressiva ». L'aumento dell'albumina nel liquor può raggiungere alti gradi. Le ricerche del Queckenstedt mostrano che il liquor aumenta molto, ma per lo più manca l'aumento nei tumori extramidullari ovvero questo è molto debole. Ambedue i modi di aumento hanno un grande valore per la diagnosi dell'ostacolo del midollo spinale. Anche presso gli spessimenti delle meningi è il sintoma di Queckenstedt positivo. La pressione del liquor mostra un alto valore. Spesso si ha uno zampillo del liquido alla punzione e può anche la pressione modificarsi in processi situati profondamente e completamente serrati.

Per la diagnosi di un processo di restrizione si può anche far valere la diminuzione degli atti respiratori e della pulsazione del cuore. Di poco valore significativo per la diagnosi è la constatazione di un abbassamento abnorme rapido della pressione del liquor in seguito alle ricerche di Queckenstedt. In seguito a nostre ricerche l'abbassamento abnorme della pressione, è come l'effetto della compressione lenta per la nostra diagnosi di grande valore.

Il numero delle cellule è normale o lievemente aumentato. Le sostanze riducenti possono nel liquor in processi limitati essere aumentate, la cloride può essere diminuita. In seguito a scomparsa della compressione il liquor può divenire di nuovo normale.

Una diagnosi differenziale tra i tumori del cervello e del midollo non è possibile in seguito all'esame del liquor, poichè ambedue possono dare un esame del liquor simile, e perchè nella compressione spinale qualche volta può mancare un tipico quadro del liquor.

Come sintomo il più generale della sindrome spinale è bene considerare l'aumento di albumina ed il sintoma di Queckenstedt e quasi sempre insieme a depositi di albumina. In generale ha il sintoma di Queckenstedt grande importanza, ma qualche volta nella compressione del midollo spinale manca, come anche l'aumento di albumina e si presentano molto spesso tutti e due. Un po' difficili sono i casi, fortunatamente pochi, nei quali si riscontra il sintoma di Queckenstedt

senza poter provare un processo di restrizione. Un sintoma di Queckenstedt positivo con o senza sindrome compressiva non parla sempre per tumore, ma anche per altri processi di restrizione.

Il più comune tipo di curva della compressione del midollo spinale è la « curva meningitica » (curvatura a destra). Si ritiene che in seguito a processi di essudato o transudato provengano nel liquor in grande quantità globuline grossolane o corpicciattoli albuminoidi fini, qua e là dispersi dal siero sanguigno. Corpiccini albuminoidi fini e dispersi hanno un effetto protettivo e ciò dimostra un effetto diminuito delle globuline quando la diminuizione del liquido è più pronunziata.

Nel 1919 venne il nuovo metodo diagnostico di Dandy, introduzione di aria nel canale spinale, ma non si riuscì sempre di soffiare aria nel canale durale. I pazienti sentono dolori in quelle parti del corpo dove il segmento del midollo verrà ad essere compresso, quando si soffia una determinata quantità di aria nel canale lombare. Lo stesso Dandy impiegò il suo metodo solamente nei casi in cui la ricerca neurologica non basta per una diagnosi locale. Spesso si presenta un aggravamento della malattia in seguito alla punzione lombare. Quando vi è il sospetto di tumore della parte posteriore della cavità cranica, è necessaria la più grande attenzione. La miglior cosa è allora di lasciare la punzione e sotto il controllo della pressione solamente lasciare scorrere lentamente 1 fino a 2 cmc. di liquor, e sostituire con Na Cl.

Nel 1922 è apparso il metodo di Sicard per la diagnosi dei tumori del midollo spinale ed è di grande valore.

Questo consiste nella introduzione di una limitata quantità di sostanza opaca ai raggi X nel canale lombare e dopo in seguito alla radiografia stabilire il posto del tumore. Questo metodo di Sicard si è molto valorizzato poichè l'ombra del lipiodol quasi sempre mostra il posto del tumore giustamente o alla radioscopia o alla lastra radiografica. Il lipiodol iniettato non è dannoso. Come posto ottimo per l'iniezione Sicard raccomanda lo spazio atlante-occipitale la di cui paracentesi nel 1908 fu anche da Obregia provata. Dopo la iniezione il massaggio delle vertebre e movimenti passivi della testa lasciano scorrere più rapidamente il lipiodol.

Peiper e Klose impiegarono per la iniezione nel 1924 una soluzione di iodipina 20-40 %. Quando i rapporti sono normali la iodipina può raggiungere in tre giorni al più il limite ultimo del sacco durale.

Per la diagnosi differenziale dei differenti processi di restrizione gli autori danno schiarimenti di molto valore dell'impiego delle ombre inferiori date dalla iodipina.

La quantità estrema che l'uomo può sopportare senza produrre un danno al midollo è 2 cmc. di iodipina nella soluzione al 20 %.

Nuovo tema sarà la distinzione della diagnosi differenziale dei processi vari che si presentano con restrizione del canale spinale. Smitt e Bock hanno da poco tempo comunicato delle ricerche importanti. Entrambi gli autori preferiscono il metodo lombare alla punzione sotto occipitale, poichè dal lato tecnico è più semplice il suo impiego, e perchè i pazienti con questo metodo devono rimanere poco tempo nella poco comoda posizione obliqua di Trendelenburg. Importante è per ambedue gli autori lo stabilire che accanto ad un arresto assoluto della durata, anche un arresto relativo ha valore per la diagnosi; anche la loro prescrizione di controllare ogni ricerca negativa col passaggio del lipiodol nella direzione opposta. Inoltre è importante la loro prescrizione di fotografare ogni arresto lombare nella direzione ventro-dorsale e trasversale, poichè la fotografia trasversale dell'ombra del lipiodol qualche volta rende possibile la manifestazione sulla superfice superiore e del posto intradurale o extradurale del processo.

Il metodo di Sicard è ancora studiato, ma oggi si può dire che se positivo, ha un grande valore per la diagnosi dei segmenti spinali e che insieme ai risultati della punzione lombare può formare una diagnosi verosimile di un tumore spinale in una diagnosi certa.

G. CORTESE.

Meningo-encefalo-mielite sifilitica febbrile diffusa acuta.

(M. S. MARGULIS. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Band 89, Heft 4-6, februar 1926).

L'A. riferisce 9 casi di cui 2 letali, seguiti d'autopsia.

I primi quattro casi hanno i caratteri clinici di meningo-encefalite, insorgendo con fenomeni psichici di eccitamento e di incoscienza, attacchi epilettiformi, rigidità della nuca. L'esame del liquido cerebrospinale dimostra un colorito trasparente giallo, linfocitosi, albumina aumentata e R. W. positiva. Oltre a questi quattro casi di meningo-encefalite l'A. descrive 5 casi simili che presentano tutti il quadro di una meningo-encefalo-mielite acuta. Patogeneticamente e clinicamente tutti i casi descritti presentano due serie di sintomi — meningitici ed encefalitici — che non si possono nettamente dividere e che non si trovano mai isolati.

Ogni encefalite è più o meno una meningo-encefalite, e ogni meningite è anche una meningo-encefalite; la differenza è rappresentata dalla prevalenza quantitativa del processo nelle meningi o nella sostanza del cervello. L'inizio acuto, l'alta temperatura, l'aumentato contenuto di albumine e globuline nel liquido dimostrano il carattere d'infiammazione del processo. La presenza della Wa. R. nel liquor e nel sangue, la lue nell'anamnesi in alcuni casi ed il successo della terapia specifica indicano l'eziologia sifilitica di questi casi.

Il quadro istopatologico dei due casi letali e sottoposti all'autopsia ci mostra un'infiltrazione linfoide, diffusa delle meningi e processi encefalomielitici; in alcune parti del sistema nervoso centrale prevalgono le alterazioni encefaliche, in altre quelle meningitiche, e talvolta si osservano i fenomeni di una meningite diffusa. Nel primo caso si osservano infiltrazione linfoide, iperemia dei vasi, piccole emorragie perivascolari.

Forte proliferazione della glia nucleare, alterazioni tigrolile delle cellule nervose. Nel secondo caso prevalgono le alterazioni meningitiche, nodi e gomme submiliari intorno ai vasi; si osservano focolai di rammollimento nella regione dei nuclei dei nervi dell'occhio. Il midollo spinale presenta un'infiltrazione linfoide meningitica diffusa.

I casi dell'A. confermano i dati di Alzheimer, quale è stato il primo a descrivere la meningo-encefalite non specifica come manifestazione della sifilide del cervello; dimostrano anche che la sifilide, come qualunque altra infezione localizzata nel sistema nervoso, può produrre dei processi meningo-encefalitici primari che non si distinguono anatomicamente dall'encefalite epidemica, dalla poliomielite, lissa o meningite cerebrospinale epidemica; cioè che la sifilide si può manifestare anche con una reazione essudativo-proliferante diffusa non specifica. Alcuni AA. sono contrari a questo concetto.

Nei casi descritti le spirochete non furono mai ritrovate: il loro reperto è quasi impossibile, e non si può spiegare col loro scarso numero in seguito alla intensa cura antisifilitica, poichè nei due casi con esito letale la cura era insufficiente. Altri AA. invece trovarono le spirochete anche se il malato aveva subito una energica cura specifica.

La scoperta di spirochete nel lume dei vasi venosi, fatta da Fabre, può indicare che esse si siano diffuse per via ematogena invece che per via linfogena. Nonne invece osservò le spirochete all'infuori dei vasi, in cui possono penetrare secondariamente. In ogni modo è esclusa una spirochetosi ematogena con inondazione del sistema nervoso centrale da parte delle spirochete.

Non si può nemmeno ammettere un'eventuale azione delle tossine delle spirochete che si trovano all'infuori del sistema nervoso: gli organi interni di casi di meningo-encefalite sifilitica acuta e diffusa, esaminati da Nonne, Pette, ecc., erano inalterati: la presenza di spirochete negli organi interni produce granulomi miliari o processi vasali d'infiammazione.

I casi di Nonne e di Pette presentavano processi meningo-encefalo-mielitici limitati, e, dal punto di vista istopatologico, erano analoghi a quelli dell'A. che decorrevano clinicamente come meningiti sifilitiche cerebrospinali. Secondo Nonne e Pette le alterazioni del parenchima sono secondarie, dipendenti dalle reazioni d'infiammazione. Ma nei casi in cui l'A. notò focolai diffusi di rammollimento e necrosi con fibre di mielina alterate, nonchè nodi e gomme, la degenerazione del parenchima non è sempre in rapporto alla reazione infiammatoria.

In questi casi esiste senza dubbio un'azione diretta delle spirochete sul parenchima nervoso.

Il tempo trascorso, dalla infezione primaria allo sviluppo della meningite cerebrospinale acuta variava da 3 anni a 4 settimane: altri AA. osservarono periodi simili.

I casi dell'A. presentavano febbre di carattere remittente. Temperature alte e continue sono fenomeni rari nella sifilide del cervello senza complicazioni viscerali. Sono considerate come disturbi dei centri di regolazione della temperatura. Talvolta l'aumento della temperatura rappresenta la lotta dell'organismo contro alla rapida diffusione delle spirochete nel sistema nervoso centrale.

Esistono delle osservazioni in cui l'aumento della temperatura è l'unico sintomo della sifilide costituzionale.

L'A. notò un caso in cui la febbre era l'unico sintomo della sifilide nel corso di 3 mesi.

Ancora non si conosce la causa per cui la sifilide del cervello produce febbre.

La xantocromia del liquido cerebrospinale è senza dubbio in rapporto con un'emorragia, e non è una sindrome di compressione prodotta dal processo meningitico, come opina Pette.

L'esame de liquido cerebrospinale ci dà la possibilità di differenziare le meningiti sifilitiche cerebrospinali dalle meningiti di altra eziologia.

Nel liquor delle meningiti purulenti si osservano polinucleari e microrganismi. Le meningiti tubercolari sono difficili da distinguere da quelle sifilitiche, e, macroscopicamente, perfino all'autopsia. Anche l'esame citologico non ci dà dei criteri sufficienti per la diagnosi differenziale.

In ambedue le malattie si trovano un gran numero di linfociti, anche aumento di albumina e globulina, il liquido cerebrospinale rimane sterile, gli aumenti e le oscillazioni di temperatura sono simili. Come prova della meningite tubercolare serve il risultato positivo della iniezione di liquor cerebrospinale sull'animale da esperimento. La Wa R. può essere positiva anche nelle meningiti tubercolari.

Le meningo-encefaliti sifilitiche acute possono venir scambiate per forme meningitiche di encefalite epidemica; le paresi dei nervi dei muscoli degli occhi possono far pensare ad una forma oftalmoplegica o letargica dell'encefalite epidemica. La diagnosi sicura si avrà dall'same del liquido cerebrospinale e dalla Wa R. positiva nella sifilide.

I casi descritti dimostrano che nella diagnosi differenziale con malattie infettive meningitiche e meningo-encefalitiche si deve sempre tener conto della possibilità della loro eziologia sifilitica.

Il processo meningitico compare come reazione del tessuto mesenchimale alla penetrazione delle spirochete, le alterazioni encefalitiche rappresentano una tappa successiva del processo di sviluppo dell'immunità mesenchimale locale, data dalla penetrazione delle spirochete nella profondità del parenchima. Da questo punto di vista si spiega la guarigione spontanea della sifilide meningitica latente in quei casi in cui la reazione mesenchimale è sufficiente per combattere l'infezione. La debolezza funzionale della reazione del tessuto mesenchimale è la causa dei casi relativamente rari di neurosifilide, in cui la cura specifica è insufficente oppure migliora solo temporaneamente lo stato del malato.

Non si può considerare come fattore patologico principale in tutti i casi di meningo-encefalo-mielite iniziale, l'azione provocante delle insufficenti dosi di salvarsan che sensibilizzano le spirochete, poichè si osservano gravi forme di questa malattia anche senza trattamento di Salvarsan. Dosi insufficenti di salvarsan possono eventualmente essere considerate come un fattore predisponente alla sifilide dei centri nervosi.

Il fattore provocante è la debolezza funzionale del tessuto mesenchimale e l'immunità locale.

Con ciò si può capire perchè una cura specifica anche energica non può sempre impedire la comparsa di una meningite o meningo-encefalo-mielite diffusa e acuta; si può anche capire in che modo questi casi vengono facilmente influenzati dalla cura specifica che stimola il mesenchima funzionalmente debole ad una nuova reazione.

La prognosi di meningite cerebro-spinale sifilitica acuta è in genere favorevole. Di solito ritorna una completa guarigione.

La rapida azione della cura specifica, secondo Pette, è data dalla localizzazione superficiale del processo, ma l'A. non è di questa opinione poichè osservò nei suoi casi lesioni tanto locali quanto diffuse del parenchima nervoso.

Nei suoi casi a esito favorevole, osservò una forte linfocitosi all'inizio della cura, dunque il miglioramento si spiega con un rafforzamento della reazione linfoide e dell'azione fermentativa sulle spirochete.

La prognosi dipende dall'intensità e diffusione dell'infezione, dal tempestivo riconoscimento dell'eziologia, dalla rapida cura, nonchè dalla localizzazione dell'infezione. La prognosi è assai meno benigna se esiste lesione della sostanza del cervello con sintomi locali di distruzione specialmente nel tronco e nei nuclei bulbari.

Una cattiva prognosi è data dagli attacchi epilettiformi, dallo stato epilettico e da lunghi stati ipertonici che indicano diffusione della lesione sull'intero sistema nervoso centrale.

Le lesioni dei nervi ottici in forma di neurite o papilla da stasi regrediscono sotto l'azione della cura specifica e lasciano, in alcuni casi, dei difetti di visione.

L'iniezione endorachidiana di neosalvarsan (0.002) ha dato ottimi risultati nella cura delle meningo-encefaliti e delle meningo-mieliti febbrili diffuse acute, specialmente se complicate con neurite del nervo ottico. In questi casi fu anche eseguita una cura con una sola forte dose di neosalvarsan (0.9) iniettata nelle vene e mercurio (bijod.).

M. GHIRON.

VASI SANGUIGNI.

Tubercolosi vasale ed aneurismi di origine tubercolare.

(D. CASSARINI. L'*Ospedale Maggiore*, 31 ott. 1925).

Che i vasi sanguigni venissero abitualmente risparmiati dal processo tubercolare, era concetto che, fino a non molti anni fa, dominava nella patologia. Oggi però tale credenza può considerarsi come sfatata poichè le osservazioni e gli studi sull'argomento hanno dimostrato che, se la tubercolosi vasale non è di frequente osservazione, non è neppure da considerarsi come eccezionale.

L'A. ha avuto occasione di osservare una donna in cui esistevano due ordini di fenomeni; gli uni a carico delle sierose gli altri riferentisi all'apparato circolatorio. I primi consistevano in una pleurite tubercolare, espressione di una polisierosite. Per quanto riguarda l'apparato circolatorio, si notava l'esistenza di una zona ipofonetica a sini-

stra del manubrio sternale; su di essa era percettibile un fremito ed un intenso soffio sistolico. Vi era poi una bozza pulsante fortemente ed in modo espansivo, che sembrava emergere dalla gabbia toracica proprio in quella sede che stava a rappresentare la continuazione della predetta zona ipofonetica; su di essa erano più manifesti il reperto palpatorio e quello ascoltatorio. Il reperto radiologico ed i segni di compressione sul ricorrente sinistro (paralisi della corda vocale sinistra), la disfagia, i dolori a sede cervicale, il tutto congiunto con il reperto di un cuore che non presentava morfologicamente nessuna alterazione erano dati più che sufficienti per fare ammettere l'esistenza di un aneurisma della porzione discendente dell'arco. Rimaneva però da chiarire la natura di tale aneurisma poichè vi era reazione di Wassermann ripetutamente negativa e mancava nell'anamnesi qualsiasi nota di alcoolismo, di eccessi di ogni genere ed anche malattie infettive degne di nota.

All'autopsia si trovò, oltre alle note di tubercolosi (caseosa disseminata a placche nella pleura, peritoneo, salpinge, spazio del Douglas, ecc.) estesa anche alle ghiandole tracheobronchiali e mesenteriche, un vasto aneurisma del tratto discendente dell'arco aortico in più punti intimamente aderente alla pleura parietale (mediastinica) sinistra. La sacca presentava una rottura recente ed aveva l'ampiezza di una testa di feto con orificio di comunicazione del diametro di circa 3 cm.; era ripiena di coaguli sanguigni. Il colletto era assai spesso, duro-fibroso con nodi calcarei; la superficie interna della cavità si presentava, nel tratto prossimale all'imbocco dell'aorta, ineguale, quasi ondulata con placche e nodi calcarei. La parete era assai sottile e, per quasi tutta la sua estensione, era ricoperta all'esterno da un tessuto di aspetto lardaceo.

Dalle sezioni praticate nella parete dell'aneurisma, compresovi a tutto spessore il tessuto di aspetto grigio-giallastro adiacente alla sacca, risulta che tale tessuto era costituito totalmente da tessuto di granulazione tubercolare, caratterizzato da prevalenti accumuli periavventiziali linfocitarii con gruppi nodulari contenenti cellule giganti. Le tonache vasali della parete dell'aneurisma erano più o meno gravemente alterate.

L'avventizia si presentava invasa, disgregata ed in certi punti totalmente sostituita dal tessuto di granulazione tubercolare; la media era ridotta di spessore con fatti infiammatori e degenerativi; l'intima inspessita irregolarmente con alcune estroflessioni verso la media e con piccoli focolai infiammatori e numerose infiltrazioni calcaree.

È quindi evidente in questo caso che l'origine dell'aneurisma va ricercata nella alterazione tubercolare delle pareti dell'aorta.

Dall'esame del suo caso e dalla rivista della letteratura sull'argomento l'A. viene alle seguenti conclusioni generali.

La tubercolosi vasale può presentarsi sotto due forme distinte e ciò tanto nei riguardi delle arterie come delle vene; come periangite e come endangite, denominazioni che stanno a denominare una diversa sede del processo ed insieme una diversa modalità di fissazione del processo specifico al vaso.

Infatti nella periangite si tratta di una diffusione del processo tubercolare, svoltosi nelle vicinanze di un vaso, alla parete del vaso stesso.

Nell'endangite invece trattasi di una fissazione di germi tubercolari sull'intima, legata alla presenza dei bacilli di Koch in circolo. La prima di queste due forme è caratterizzata nelle arterie da invasione dell'avventizia da parte del granuloma tubercolare, nel mentre si stabiliscono fenomeni degenerativi da parte degli elementi della media e proliferativi da parte dell'intima; in un secondo tempo anche la media può venire invasa dal granuloma e, come l'avventizia, può andare totalmente distrutta e venire sostituita dal tessuto specifico. Nel frattempo la proliferazione dell'intima può raggiungere proporzioni considerevoli; essa però non viene mai invasa dal granuloma; se questo le giunge ad immediato contatto gli elementi dell'intima cadono in degenerazione jalina.

In buon numero di casi, con l'invasione specifica della parete arteriosa, si può avere la formazione di aneurismi sia veri che spuri. Nel primo caso la parete può risultare costituita o dalla sola intima, la quale per la distruzione delle altre tonache è rimasta sola a sostenere la pressione sanguigna e si è quindi estroflessa attraverso la discontinuità delle altre due tonache; oppure dall'intima e da residui della media che, malgrado la disgregazione dei suoi elementi più o meno degenerati può aver conservato ancora una certa continuità. Nel caso, più frequente, degli aneurismi spuri, le due tonache esterne sono del tutto distrutte e l'intima, pure alterata nella sua elasticità, oltre un certo limite di distensione si lacera. In tali casi, la parete dell'aneurisma è rappresentata dal granuloma tubercolare che viene perciò in immediato rapporto con il sangue circolante, donde la facilità di tubercolosi miliare.

Nella periflebite si ha un'invasione più rapida da parte del processo specifico; manca inoltre in essa la spiccata iperplasia dell'endotelio caratteristico della periarterite, mentre è assai frequente la trombizzazione del vaso che è invece relativamente più rara nei vasi arteriosi nei quali si è riscontrata soltanto in quelli piccolissimi.

L'*endangite* nelle arterie è stata riscontrata solo nei grandi vasi (specialmente nell'aorta) ed è caratterizzata dalla formazione di tubercoli solitari o multipli sull'intima (con grande frequenza in sede di placche ateromatose), talvolta con concomitanti fatti degenerativi e necrotici da parte della media e dell'avventizia. In questa forma non vennero mai rilevate formazioni aneurismatiche.

Nelle vene si ha pure formazione di tubercoli solitari o multipli sull'intima; essi possono a volte essere tanto numerosi da occupare estesi tratti di vena. In rapporto col fenomeno di disgregazione superficiale del tessuto specifico è quasi costante il formarsi di deposizioni fibrinose, di trombi che possono giungere a tale sviluppo da obliterare totalmente il vaso. Il processo specifico può infiltrare in alcuni casi anche la media, attraversando in punti limitati la membrana elastica nella quale, come nell'avventizia, non si trovano che infiltrazioni leucocitarie.

All'endoflebite tubercolare viene data una notevole importanza dal punto di vista della genesi della tubercolosi miliare. FILIPPINI.

Esperienze sulla cura delle varici con le dissezioni multiple secondo Klapp.

(BANGE. *Zentr. f. Chir.*, 1925, p. 2696).

La tecnica è la seguente. A paziente eretto si segnano sulla cute tutte le varici con una adatta soluzione colorante. La tintura di iodio a soluzione forte, che era usata da principio, è ora abbandonata dall'A. perchè durante l'operazione può essere asportata troppo facilmente e in sua vece fu adottato il bleu di metilene o il violetto di genziana. Segnate così le varici, si procede all'operazione. In anestesia generale o spinale (solo isolatamente fu usata l'anestesia locale) si mette allo scoperto la grande safena alla fossa orale, mediante un'incisione trasversale, e la si lega, esattamente al suo sbocco nella femorale; indi la si reseca per un tratto di 6-10 cm. In ogni caso bisogna cercare se la safena abbia tronchi multipli perchè non abbiano a rimanere rami che potrebbero assumere in seguito la funzione del tronco principale e produrre la recidiva.

Dopo questa allacciatura preventiva — che può essere omessa soltanto quando le varici colpiscano esclusivamente la gamba ed abbiano uno sviluppo moderato — si sospende l'arto verticalmente, mediante una puleggia e si comincia la sezione sottocutanea di tutti i noduli varicosi. Usando il tenotomo di Klapp (che è robusto e si differenzia dagli strumenti comuni col nome di safenotomo [Windler, Berlino]), lo si infigge sottocute a sufficiente distanza dalla vena e, portatolo al di sotto di questa, lo si adopera in modo da troncare il vaso da sotto in sopra fino a ridosso della pelle. Allo stesso modo e attraverso la stessa apertura cutanea di infissione si incide ancora la vena in più direzioni oblique, riducendola in piccoli segmenti numerosi quanto più sia possibile. Procedendo poi tangenzialmente si fendono i vasi per lungo e si interrompono le comunicanti profonde.

Quello che s'è fatto in corrispondenza di un nodulo si ripete poi per gli altri e su tutto il territorio della vena varicosa, procedendo dalla periferia alla radice dell'arto. Quando s'andasse in senso inverso l'emorragia sarebbe maggiore. Indi si applica una fasciatura compressiva bene ovattata, dal piede alla piega dell'inguine.

A letto, l'arto viene lasciato in posizione orizzontale, e il paziente lo può muovere fin dal primo giorno. Dal terzo giorno in poi lo si fa tenere per delle ore penzoloni fuori del letto e all'ottavo-decimo giorno — in casi singoli anche al quinto giorno — il paziente si può alzare. A 14 giorni dall'operazione viene dimesso e dopo un periodo di 2-3 settimane può riprendere le sue occupazioni come prima.

Da queste incisioni delle varici deriva uno stravaso di sangue nel tessuto circostante che è desiderato per la guarigione. Gli edemi locali scompaiono col riassorbimento e con l'organizzazione dello stravaso. Questi fatti furono constatati in un caso morto di embolia in dodicesima giornata.

Su 100 casi operati con questo metodo si ebbero 2 casi di morte per embolia. In ambedue l'allacciatura della safena era stata eseguita più giù del suo sbocco alla femorale (da 1 a 8 cm. di distanza). Questa è, secondo l'A., una condizione che favorisce molto il distacco di tronchi. Ed è un pericolo che può sussistere in ogni operazione di Trendelenburg.

Vere recidive col progredire dell'esperienza furono viste assai di rado, e un confronto coi risultati di altri metodi non torna a sfavore del metodo in parola. Recidive non si possono evitare completamente con nessun metodo.

Accanto all'eccellente risultato funzionale bisogna non trascurare quello cosmetico. Le cicatrici puntiformi in breve tempo si rendono quasi invisibili.

Il metodo permette un'applicazione diffusa dappertutto dove vi siano varici, indipendentemente dalla presenza od assenza del fenomeno di Trendelenburg.

Perciò, senza scendere a particolari di esposizione statistica, l'A., sulla base dei detti 100 casi che furono operati nello spazio di tre anni, crede che il metodo sia raccomandabile.

BAGGIO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Prof. dott. G. FUMAROLA. *Diagnostica delle malattie del sistema nervoso*, Parte speciale, vol. II. (Sistema nervoso centrale) **Midollo spinale;** con 66 fig. intercalate nel testo. Roma, Edit. Luigi Pozzi, 1926. Prezzo L. 33.

Quando quest'opera sarà compiuta e potranno averla tutta in una volta sott'occhio e sotto mano i nevrologi nostri e stranieri, allora soltanto questi sapranno valutare a dovere la nobile fatica di Gioacchino Fumarola.

Non starò a ripetere che le Parti dell'opera già pubblicate e questa di cui si discorre, richiamarono e richiamano l'attenzione dei lettori pei pregi veramente insoliti della edizione; i tipi, la carta e le illustrazioni son degne dei tempi migliori della nostra arte tipografica. Dirò invece che questa *Diagnostica* del Fumarola si differenzia da molti Manuali e Trattati di semeiotica, diagnostica e patologia del sistema nervoso per l'indirizzo schiettamente anatomico seguìto dall'A. Lo studente e il medico che l'avranno *prae manibus* si abitueranno a pensare le malattie dei nervi, del midollo spinale e del cervello in termini morfologici precisi. E non sarà piccolo vantaggio codesto per la solidità della cultura nevrologica dei nostri medici. È vero che sarebbe preferibile pensare una malattia in termini fisiologici (come ho detto e scritto più volte), ma nel caso nostro bisognava dare agli studiosi una guida incontestabile ed evidente; e d'altra parte si sa che, in fatto di malattie nervose, il pensiero fisiologico trova il più sicuro sostegno nella rappresentazione della trama anatomo-istologica del sistema nervoso. Si potrà obiettare che al nevrologo prima di darsi alla pratica della specialità dev'essere già familiare l'anatomia dei nervi periferici, del midollo spinale e del cervello e che quindi il riferirla ampiamente in un Trattato è un soprappiù... Obiezione inconsistente; prima, perchè l'opera del Fumarola s'indirizza sopratutto ai giovani medici e agli studenti, ai quali non sarà mai ripetuto abbastanza che senza conoscenze morfologiche esatte la medicina non è che un sapere da dilettanti; e in secondo luogo, perchè l'A. nel delineare la struttura e particolarmente l'architettura del sistema nervoso e le lesioni delle varie parti di esso raggiunge addirittura l'eccellenza.

Questo II volume della Parte speciale è diviso in 10 capitoli: i primi quattro (in totale 46 pagine) sono dedicati all'anatomia del rachide e del midollo spinale e alla esposizione dottrinale dei sintomi caratteristici delle lesioni delle varie parti di questo. Dal capitolo V all'VIII (p. 167) vengono descritte le affezioni primarie (sistematiche e diffuse) e le secondarie del midollo spinale. Le atrofie muscolari progressive, compresa l'atrofia spinale progressiva degli adulti e quella dei bambini, la sclerosi laterale amiotrofica sono trattate a parte, portando in appendice la amiotonia congenita di Oppenheim e la malattia di Thomsen. Nel brevissimo cap. IX con appendice (p. 8) sono esposte le affezioni del cono e della cauda, e nel cap. X (p. 6) le anomalie congenite del midollo spinale.

Concisi ma chiari i riassunti sulla tabe, sulla sifilide spinale e sulla sclerosi multipla.

Anche questo volume ci rinnova la persuasione che il suo autore è medico e insegnante coscienzioso e lucido come pochissimi, è studioso diligentissimo e padrone del movimento neurologico moderno, è fedele assertore e saggio interprete del ricco materiale della Scuola neurologica romana.

SANTE DE SANCTIS.

W. HARRIS. *Neuritis and neuralgia*. Oxford Medical Publications. Prezzo scellini 12/6.

In questo elegante volume ricco di magnifiche illustrazioni l'A. tratta delle differenze ed analogie tra neuriti e nevralgie, ed espone la sintomatologia delle singole neuriti e nevralgie.

La parte riguardante le nevralgie è magistralmente trattata ed è veramente completa.

Per ogni forma è indicato il relativo trattamento.

DR.

A. LEPRINCE. *Traité de Réflexothérapie*. Editore Maloine, Parigi. Prezzo Fr. 10.

In questo volume l'A. espone la teoria dei vari riflessi simpatici e vagali (oculare, pituitario, vertebrale, cutaneo, ecc.) e le applicazioni terapeutiche finora messe in pratica. La dottrina dei riflessi del sistema autonomo è acquisizione recente, ed i tentativi di sfruttarli in terapia hanno finora dato qualche risultato che lascia bene sperare. Del resto tali metodi di cura non sono nuovi in quanto empiricamente molti di essi sono in uso da secoli. La medicina cinese si estrinseca sopratutto con pratiche, la cui efficacia deve attribuirsi all'eccitazione del sistema autonomo ed alla conseguente azione riflessa. Il meccanismo di molti numeri del nostro armamentario terapeutico (senapismi, vescicanti, ventose, massaggi, ecc.) è forse analogo.

Il libro del Leprince, anche se molte conclusioni in esso contenute sembrano arrischiate o non sufficientemente documentate, è raccomandabile perchè riassume sistematicamente questi nuovi studi.

DR.

R. BOUCHARD. *Sur l'évaluation du temps dans certains troubles mentaux.* Editori Vigot Frères, Parigi. Prezzo Fr. 15.

L'A. studia i disturbi della nozione del tempo sia dal punto di vista puramente psicologico che dal punto di vista clinico. Il lavoro è diviso in cinque parti: studio teorico; nozione del tempo nei normali, adulti e ragazzi; studio clinico; interpretazione dello studio clinico; conclusioni.

Nella parte teorica l'A. riassume i lavori precedenti sulla nozione del tempo in psicologia, sugli errori normali dell'apprezzamento della durata, sull'idea del tempo nella mentalità primitiva, sulla storia della cronometria, e stabilisce una formula di testi che consentono di rilevare e comparare gli errori dell'apprezzamento del tempo. Questi testi con lo studio completo degli stati che l'A. chiama stati deliranti a tema temporale, costituiscono la parte originale del lavoro.

DR.

CODET. *Psychiâtrie.* Editore Doin, Parigi. Prezzo Fr. 12.50.

È un manualetto senza pretese dedicato ai medici pratici perchè essi possano orientarsi nel loro esercizio e distinguere *grosso modo* le varie affezioni mentali.

Per tale scopo il libro è commendevole.

DR.

LAFORGUE. *Le rêve et la psychanalyse.* Editore M.loine, Parigi. Prezzo Fr. 12.

Il lavoro è frutto della collaborazione di quattro medici: Laforgue, Allendy, Pichon, de Saussure, che si son divisi la fatica di esporre la teoria onirica della scuola psicanalitica.

Il volume si divide in tre parti, storica, tecnica e clinica. Come tutti i lavori in collaborazione anche questo non appare omogeneo non solo nella proporzione delle varie trattazioni ma anche nei riguardi della presa di posizione di fronte al freudismo.

Su 250 pagine oltre 40 sono destinate all'introduzione redatta dall'Hesnard, che, come è noto, è il più profondo conoscitore francese della psicanalisi. Quest'introduzione costituisce un'eccellente esposizione sintetica della dottrina onirica di Freud.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

VII Congresso della Società Internazionale di Chirurgia.

Alle ore 10 del 7 aprile in Campidoglio, nella sala degli Orazi e Curiazi, ha avuto luogo la solenne inaugurazione del VII Congresso della Società Internazionale di Chirurgia, alla presenza di S. E. Benito Mussolini capo del Governo.

Abbiamo già dato notizia della cerimonia inaugurale (fasc. 16, p. 573).

Aggiungiamo ancora che il prof. WILLEMS, presidente del Comitato internazionale, con calde parole ricordò agli intervenuti la dolorosa serie dei maestri scomparsi dall'ultimo congresso internazionale ad oggi; enumera di tutti questi le rare doti d'animo e di scienza, e termina invitando a qualche istante di raccoglimento nel pensiero degli illustri scomparsi.

Il prof. MAYER, segretario generale della Società Internazionale di Chirurgia, disse poi:

« Il prodigioso incremento che il vostro Governo ha saputo dare in pochi anni a tutte le attività economiche sociali e scientifiche del vostro paese, ha riempito di ammirazione il mondo intero.

Unito ai vostri concittadini, fin dall'infanzia per una comunione di gusti e di aspirazioni noi abbiamo risentito in seguito all'orribile tormento non ancora dimenticato grandeggiare l'amore fraterno che ha sempre unito i nostri cuori alla cultura latina della quale voi siete i vigili guardiani: così quando nel nostro precedente congresso a Londra il delegato dell'Italia prof. Alessandri ci informò che il suo Governo ci faceva l'onore di invitarci di tenere a Roma il nostro VII Congresso, unanimi e vibranti applausi salutarono la sua comunicazione.

Ciò non pertanto noi eravamo ben lontani dal supporre una simile accoglienza, così straordinariamente calorosa, come quella che il vostro Governo vi ha riservato, per la quale io sono felice di avere l'onore di porgervi i nostri più sinceri ringraziamenti ».

Dopo aver ricordato con dolore la perdita dei due vecchi presidenti della Società Internazionale di Chirurgia, prosegue dicendo: « Le indimenticabili giornate vissute in Italia ci hanno riempito di ammirazione mostrandoci con quale prodigiosa virtù voi avete saputo riunire le più moderne organizzazioni tecniche e scientifiche alle meraviglie artistiche che tutto il mondo v'invidia ».

Si compiace quindi che il numero dei membri della Società sia aumentato da 775 a 965 riunendo così 33 nazioni sotto l'egida dell'Associazione.

Rivolge poi un vivissimo elogio alle incomparabili qualità del prof. DOMINICI che come segretario del Comitato italiano seppe ammirabilmente organizzare il presente congresso che è stato coronato da un successo così completo: si rammarica che la tarda età non abbia concesso al prof. King di Filadelfia di assistere al trionfo dell'attuale

convegno e finisce rivolgendosi all'illustre senatore prof. GIORDANO con queste parole:

« Nominandovi per acclamazione presidente del nostro congresso abbiamo voluto testimoniare ad uno dei suoi fondatori, che stimavamo la sua personalità, il suo talento chirurgico, la sua alta probità scientifica alla pari di Lucas Championnière di Kocher, di Dépage, di MacEwen.

Nessuna cosa avrebbe potuto essermi più grata poichè più di ogni altro voi personificate le due qualità fondamentali del chirurgo: la bontà unita alla maestria professionale e scientifica, sono certo che sotto la vostra alta direzione l'attuale congresso sarà coronato da un successo senza precedenti ».

I seduta scientifica.

Mercoledì 7 aprile, ore 14.
Aula della R. Accademia Medica al Policlinico.

Sono alla Presidenza: il prof. GIORDANO, presidente del Congresso; WILLEMS, presidente della Società Internazionale di Chirurgia; il segretario prof. MEYER ed il prof. ALESSANDRI di Roma.

Aperta la seduta il presidente prof. GIORDANO, tra la più deferente attenzione, dichiara di interpretare il sentimento di tutti i colleghi nel manifestare l'orrore e lo sdegno provato per l'attentato contro S. E. Mussolini. Propone il messaggio di cui demmo già notizia.

La Presidenza del Congresso è così composta: prof. GIORDANO, prof. WILLEMS, prof. ROBERTO ALESSANDRI, dott. J. LORTIEIR, dott. L. MAYER, prof. LEONARDO DOMINICI.

I lavori del congresso si iniziano con lo svolgimento del primo tema:

Radiumterapia del cancro uterino.

La trattazione di questo argomento riguardante una malattia molto diffusa e che miete sì numerose vittime, specialmente tra le donne di età adulta, è affidato a cinque relatori di nazionalità diversa.

Il primo è il prof. REGAUD (Parigi). Egli così conclude sui metodi e sulle tecniche:

1) Nella cura dei cancri cervico-uterini l'irradiazione da sorgente interiore è richiesta, non alla radiumpuntura, nè alle varie forme della radiumchirurgia; ma come nel passato alla curieterapia per via utero-vaginale.

Questo metodo deve utilizzare esclusivamente il raggio gamma ben filtrato, almeno per la cura dei cancri epidermici.

È stato realizzato un grande processo allargando la disposizione degli elementi irradianti, colla ripartizione del materiale radioattivo in numerosi focolai, deboli e d'uguale potenza, coll'impiego di buoni dispositivi per mantenere in posto questi vari elementi, prolungando opportunamente la cura unica.

2) L'irradiazione mediante sorgente esterna può essere ottenuta con la Röntgenterapia o con la curieterapia.

A proposito della Röntgenterapia, un metodo comprendente superfici larghe ma poco numerose, irradiazioni assai filtrate ad una grande distanza focale, sembra superiore ad un altro costituito da superfici d'entrata piccole e numerose, con irradiazioni filtrate poco o modicamente ad una breve distanza focale. La prima cura esige molto tempo; ma ci mette al riparo dalla balistica difficile e assai dubbia della seconda.

La curieterapia traspelvica potrà prender il sopravvento sulla Röntgenterapia se la sua superiorità tecnica non venga ostacolata da uno svantaggio economico troppo considerevole.

3) È certo che i cancri cervico-uterini sono inegualmente radiosensibili.

Gli adeno-carcinomi sono meno sensibili degli epiteliomi epidermici.

4) L'infezione microbica locale diminuisce l'efficacia dei metodi radioterapici.

D'altra parte l'irradiazione di un cancro infetto aggrava l'infezione e può determinare complicanze settiche. Per queste due ragioni, bisogna curare le infezioni secondarie prima di iniziare la radioterapia.

I germi più dannosi ed i più resistenti sono gli streptococchi.

Il cattivo stato generale, avendo per causa ordinaria l'infezione generale e l'emorragia, rappresenta una causa d'insuccesso.

5) Come tutti i cancri, quelli del collo uterino sono radioimmunizzati dalle irradiazioni ripetute e distanziate. Viceversa nello stesso tempo i tessuti circostanti e compenetranti il neoplasma sono progressivamente radiosensibilizzati.

Questo duplice processo culmina con la radioresistenza assoluta, complicata a radionecrosi; si oppone alla continuazione della radioterapia e ne segna la fine.

La cura unica in tempo breve s'impone all'infuori dei casi trattati per prudenza e volutamente a titolo palliativo.

6) La cura migliore nei cancri epidermici del collo è la seguente: fra l'irradiazione massiva e la discontinua. La durata più favorevole sembra compresa fra i cinque ed i venti giorni all'incirca. Al di qua di tale limite le reazioni sono violente, oltre esso l'efficacità decresce a beneficio della radioresistenza.

7) I dati relativi alle dosi non sono ancora sufficientemente precisi.

Pare certo però che per i cancri epidermici del collo, la dose cancericida è generalmente inferiore (da 1/10 a 1/4), alla « dose épidermique ».

8) Grande importanza spetta alle cure preliminari e postume. La radioterapia deve essere istituita solo su ammalate ospedalizzate.

9) È indispensabile la biopsia, per confermare la diagnosi e decidere sui risultati.

10) L'analisi batteriologica è necessaria per indagare sulla eventuale presenza di infezioni secondarie e regolarsi sulla cura.

Risultati.

11) Le lesioni locali da radium e quelle generali risultano da errori di tecnica oramai evitabili.

12) Le complicanze infettive non sono ancora evitabili con esse. Esse costituiscono la sola causa di mortalità primaria che nei casi gravi oscilla dall'1 al 6 %.

13) Le numerose statistiche pubblicate non possono offrire dati, sui quali basare un giudizio sull'efficacia del metodo.

Un periodo di osservazione di cinque anni prima di considerare definitiva la guarigione costituisce una regola ammessa da tutti.

Le statistiche di casi mantenuti in osservazione meno di cinque anni non hanno valore se non sono confermate in seguito.

Cause di errore nelle statistiche sono:

L'assenza o l'insufficienza del controllo istologico.

Il numero, a volte notevole, di malate perdute di vista.

La confusione tra le malate viventi ma non guarite e quelle realmente guarite: esaminate cioè, e trovate senza sintomi obbiettivi di cancro.

La mancanza più o meno flagrante d'imparzialità.

14) Le buone statistiche da almeno cinque anni dànno come guarigioni: *a*) nell'insieme 15 a 20 %; *b*) nei casi inoperabili (gradi III e IV) 5 a 15 % *c*) nei casi operabili (gradi I e II) 30 a 40 %; *d*) nei soli casi di I grado 40 a 60 %.

Questi casi rappresentano l'esito dei casi curati con la tecnica degli anni 1919-20.

Attualmente i miglioramenti autorizzano ad altre e migliori speranze.

Riguardo alle indicazioni terapeutiche si può dire:

15) Dal punto di vista dei metodi, la terapia dei cancri cervico-uterini è la seguente:

Vanno sempre più limitandosi le indicazioni all'isterectomia. Ad eccezione di alcuni casi rari nei quali la radioterapia riesce inefficace, l'isterectomia ha cessato di esserle superiore, perfino nei casi di 1° grado. In questi casi rari sembra che riesca utile far precedere l'intervento da radiumterapia.

La curieterapia per via utero-vaginale sembra il metodo di scelta nei casi di 2° grado. L'isterectomia consecutiva non è allora raccomandabile, a meno che il cancro non abbia una debole radiosensibilità.

Le indicazioni alla röntgenterapia si sono adesso accresciute alle spese della curieterapia interna. Riesce opportuna l'associazione röntgenterapica con curieterapia nella maggioranza dei casi del 3° grado. La röntgenterapia rappresenta il metodo di scelta nei casi avanzati e nelle recidive dopo l'isterectomia.

La curieterapia esterna gareggia ora con la röntgenterapia.

La radiumchirurgia sembra senza avvenire.

La radioterapia postoperatoria profilattica è ormai abbandonata.

16) I casi del 1° grado possono essere trattati sia coll'isterectomia, sia colla curieterapia interna (risultati eguali) sia coi due metodi combinati iniziandoli colla curieterapia.

I casi del 2° grado vanno curati colla curieterapia sola.

I casi del 3° grado colla radioterapia esterna sola o meglio coll'associazione di questa con la curieterapia interna, cominciando con la radioterapia.

I casi di 4° grado non sono tutti curabili. La prognosi è infausta. I casi curabili vanno assoggettati alla radioterapia esterna (raggi X fortemente filtrati, radium).

I cancri sviluppatisi sul moncone dell'isterectomia subtotale saranno trattati sia colla curieterapia interna che colla radioterapia esterna, le recidive di un'isterectomia totale colla radioterapia esterna.

I metodi radioterapici sono controindicati nei casi d'infiammazione annessiale.

Nei casi atipici è bene associare la chirurgia con la curieterapia interna o la radioterapia esterna.

17) Le indicazioni terapeutiche precedenti hanno un valore relativo; occorre giudicare solo con un materiale di valore uguale sotto un'uguale competenza del personale curante.

Per questo è desiderabile che tale materiale venga studiato sotto il controllo di persone competenti in istituti poco numerosi ma perfettamente arredati.

*
* *

Il prof. REGAUD, vivamente applaudito, è seguito alla tribuna dal secondo relatore prof. O. BEUTTNER (Ginevra). Egli dice che nel futuro le statistiche sul cancro uterino dovranno essere formulate con dati più uniformi, come quella del Winter (statistica dell'anno 1923): così si potrà ottenere un concetto esatto sul valore relativo dell'intervento chirurgico e sulla terapia colle irradiazioni.

Pare adunque indicato ora lo studio separato delle singole statistiche di ciascuna clinica.

Anche ammesso che la curieterapia guarisce qualche volta dei cancri inoperabili del collo uterino, è certo che i risultati dei cancri sottoposti ad intervento sono almeno altrettanto felici di quelli della curieterapia. Per questo l'O. consiglia l'applicazione del radio anche nei casi operabili.

Invece i cancri del corpo uterino vanno operati; non saranno irradiati che in presenza di controindicazioni operatorie.

La chirurgia del cancro uterino ha raggiunto il suo apogeo, la curieterapia, malgrado i suoi enormi progressi, è suscettibile di grandi progressi.

*
* *

Segue il terzo relatore, prof. RECANSES di Madrid, che intrattenendosi specialmente sulla tecnica nell'applicazione della radiumterapia esprime i seguenti concetti:

La precocità della diagnosi rappresenta un fattore importante per il risultato della cura malgrado che il radio ci permette ora di ottenere guarigioni anche in casi considerati per il passato inoperabili e quindi incurabili. I successi della curieterapia sono assai più evidenti nel cancro del collo uterino che nelle altre sue localizzazioni. L'azione dei vari raggi α β γ è assai diversa: così la radiosensibilità, varia fra cellule secondo gli organi e secondo lo stadio di divisione nucleare. Le dosi troppo deboli, riescono dannose per l'accumulazione e radioresistenza. Varie tecniche nell'uso del radium dal punto di vista generale e particolare. Condizioni di filtrazione.

Quando si tratta del dosamento del radium bisogna tener conto di parecchi principî ben stabiliti:

1) l'azione biologica del radio è in rapporto con la quantità;

2) il tempo necessario per la produzione dell'eritema cutaneo è direttamente proporzionale alla quantità di radium impiegato;

3) il tempo di latenza è tanto più breve per quanto la quantità di radium impiegato è maggiore od il tempo d'applicazione più lungo;

4) la reazione locale aumenta in superficie proporzionalmente alla quantità di radium impiegato:

5) una grande quantità di radio produce in poco tempo un effetto biologico assai intenso mentre una piccola quantità applicata per un tempo assai lungo può produrre effetti del tutto opposti;

6) si raggiungono effetti biologici più evidenti coi raggi poco penetranti che con quelli assai duri derivando l'azione biologica piuttosto dai raggi assorbiti che da quelli che attraversano i tessuti senza fermarvisi e senza modificarli.

La combinazione della curieterapia con la röntgenterapia ha permesso un miglioramento nei risultati definitivi. Ricorda le cause d'errore dei tentativi di Sydney Russ, e i successi ottenuti dal Regaud colla curieterapia a distanza con grandi dosi di radium, tali da permettere speranze fondate di notevoli miglioramenti delle statistiche. Nei casi favorevoli la scelta fra l'intervento chirurgico e la curieterapia è ancora discutibile, ma in un avvenire poco lontano è probabile che la curieterapia si possa imporre anche nei casi bene limitati.

*
* *

Sale ora alla tribuna il prof. FORSDIKE (Londra), le cui conclusioni si possono schematizzare come segue. L'O. ha trattato 197 cancri uterini: sette casi del primo periodo furono curati solo col radio od i raggi X; 6 sono ancora in vita senza alcuna manifestazione morbosa rispettivamente dopo quattro anni, 8 mesi (2 casi), 3 anni e 10 mesi, 2 anni e 4 mesi, 1 anno e 10 mesi, 1 anno e 1 mese.

In 50 casi più avanzati l'irradiazione fu seguita dall'operazione alla Wertheim.

In 40 casi di recidiva dopo l'intervento alla Wertheim, l'O. ha ottenuto tutt'al più un miglioramento passeggero.

Infine 100 casi assai avanzati sono stati irradiati. Egli conclude che ogni volta che il tumore gli sembri estirpabile, egli pratica l'intervento radicale; ma tutti gli ammalati sono trattati prima col radio ed i raggi X e la radioterapia è ripresa durante un mese dopo l'intervento. Benchè abbia una grande pratica della radioterapia profonda, non si crede autorizzato ad erigerla a metodo di scelta.

*
* *

Segue quindi il relatore per l'Italia prof. sen. PESTALOZZA, il quale dopo aver esaminato con chiarezza e dottrina tutti i vari argomenti e le molte questioni dibattute sull'argomento conclude affermando che:

1) Nel cancro inoperabile del collo dell'utero la curieterapia, associata eventualmente alla radioterapia ha fornito e fornisce risultati insperati, che tutto fa credere potranno ancor venir migliorati dai progressi della tecnica e tali da modificare profondamente la prognosi, prima assolutamente infausta del male giunto a questo stadio.

2) La curieterapia, se ancora non può sostituirsi all'intervento operativo, può migliorarne i risultati, sia sotto la forma di curieterapia preoperatoria, sia di curieterapia postoperatoria. L'esperienza dell'O. è favorevole alla curieterapia postoperatoria, associata alla radioterapia, che non gli ha mai dato gli inconvenienti lamentati da altri oratori, che ha diminuito sensibilmente il numero delle recidive precoci. Sotto l'egida della curieterapia postoperatoria l'O. si è trovato autorizzato a ridurre la gravità degli interventi operativi, limitandosi perfino, pei casi iniziali, alla semplice amputazione alta del collo e sostituendo alla operazione del Wertheim quella di Freund o la semplice isterectomia vaginale, con che si ottiene una contemporanea riduzione del rischio operatorio per far poi seguire la curieterapia associata alla radioterapia.

3) La curieterapia preoperatoria prepara all'intervento operativo un campo più deterso, e secondo l'O. è specialmente indicata nei casi che si giudicano al limite della operabilità, perchè rende l'utero più mobile e meglio accessibile all'intervento operativo.

4) Per il cancro *del corpo* operabile la curieterapia fornisce risultati inferiori a quelli dell'intervento operativo; se il male è inoperabile, la curieterapia è sempre insufficiente e spesso pericolosa.

*
* *

Tutti i relatori vengono vivamente applauditi e complimentati dai colleghi.

S'inizia quindi la discussione alla quale prendono parte i maggiori conoscitori dell'argomento, ed i più provati esperimentatori: si assiste così alle dotte ed interessanti comunicazioni dei professori: DONALDSON di Londra; ROBINEAU di Parigi; J. L. FAURE di Parigi; CHEVAL di Bruxelles; PROUST di Parigi; DE FOURMESTRAUX di Chartres; DELPORTE di Bruxelles; MONOD di Parigi; ODESCALCHI di Milano; ARTOM DI SANT'AGNESE di Roma; dottoressa DOBROVOLSKAIA-ZAVADZAYA di Parigi; ARNAUD di St. Etienne; SLUYS di Bruxelles; VANA di Brno.

Essi sulla scorta di più ampie statistiche illuminano l'assemblea sui loro risultati confermanti in linea di massima le idee espresse dai relatori ed esponendo originali ed interessanti osservazioni sia sulla tecnica di applicazione del radium che sulla indicazione della cura chirurgica e radiumterapica a seconda degli studi del processo canceroso.

L'ampia discussione si è protratta fra il più vivo interessamento dell'Assemblea fino alle ore 19 circa.

Il sen. GIORDANO dichiarava chiusa questa prima seduta scientifica. (*Continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'errore emozionale nella determinazione della pressione arteriosa.

Sono note molte delle cause di errore nella determinazione della pressione arteriosa, quali lo stato di replezione digestiva, la temperatura, ecc., mentre poco o punto studiata è l'influenza della emozione. Eppure questa non deve essere trascurabile; tutti i medici conoscono che i malati che si presentano a loro per la prima volta sono in uno stato di attesa, talvolta di profonda ansietà che aumenta con le parole e le manovre del medico stesso. Spiccate sono la tachicardia ex medico, l'aumento del tremore, le modificazioni del ritmo respiratorio, ecc., è quindi probabile che anche la pressione debba subire delle modificazioni alle quali hanno già accennato in passato Gallavardin e Oliver.

G. Maranon (*La medicina ibera*, anno VII, numero 359) ha istituito delle ricerche in proposito, misurando per mezzo dell'oscillometro Pachon, la pressione arteriosa in 62 malati, la prima volta che si presentavano alla sua consultazione ed un paio di giorni dopo. La tensione minima non subisce modificazioni notevoli; quella massima si modifica come segue:

Discende di	60-70	mm. in	2	casi
»	50	»	4	»
»	40	»	11	»
»	30	»	10	»
»	20	»	10	»
»	10	»	12	»
»	00	»	9	»
Aumenta di	10-30	»	4	»

Il contingente degli ammalati era dato soprattutto da donne di 40-50 anni, affette da disturbi nervosi circolatori ed endocrini, quali si hanno specialmente in tale età; sono proprio questi soggetti che rispondono in modo più intenso agli stimoli emozionali.

Si può, comunque, affermare che, almeno in una certa categoria di infermi con sistema neurocircolatorio instabile, la piccola emozione della esplorazione clinica è sufficiente per aumentare la pressione arteriosa in modo da poter indurre ad errori di valutazione nel 41 % dei casi. È bene dunque che tale ricerca sia ripetuta in un momento in cui il fattore emozionale possa escludersi. D'altra parte la intensità della variazione è, in certo modo un indice dell'emotività del paziente.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

L'ipertelorismo.

D. Greig (*Edimb. med. Journ.*, ottobre 1924) chiama ipertelorismo una deformità cranio-facciale congenita consistente in un abnorme allontanamento degli occhi. Non è ipertelorismo l'abnorme distanza se dipende dallo sviluppo di tumori, o da un encefalocele. L'ipertelorismo comporta un appiattimento del naso, ed un abnorme sviluppo delle ossa della faccia, che sono aumentate di spessore.

Sullo scheletro l'apertura nasale anteriore è assai grande, quadrilatera; la lamina cribrosa è molto larga.

L'A. fa un esame minuto delle singole parti del cranio e della faccia, nei casi occorsigli, che descrive e illustra. Egli ritiene che l'anomalia dipenda da un disturbo dell'ossificazione di alcune parti dello sfenoide, che costringono il cervello a svilupparsi in avanti e ad allontanare gli occhi.

Questa anomalia va distinta da tutte quelle descritte fino ad oggi· particolarmente non va confusa con l'ossicefalia, con la quale ha qualche nota in comune, per lo scarso sviluppo trasversale del cranio nella regione temporale.

DORIA.

Malum coxae juvenile.

M. S. Terol e L. R. Rius (*Rev. medica de Barcelona*, v. III, n. 14) distinguono il processo osteocondritico, che accompagna una lussazione congenita ridotta, dalla osteocondrite semplice e genuina che si sviluppa senza alcuna affezione anteriore. Nel primo caso, si può verificare di già nei primi mesi di trattamento ed essere evidente alla radiografia con leggere alterazioni artritiche. L'osteocondrite primitiva è caratterizzata all'inizio da lievi dolori al ginocchio od all'anca, con integrità assoluta di tutti i movimenti, ciò che fa pensare piuttosto ad un processo reumatico che ad uno osseo. Dopo qualche settimana compare la claudicazione che va aumentando assai lentamente. Dei movimenti è limitata l'adduzione ed anche un poco la rotazione; la flessione invece è del tutto libera. Il fenomeno di Trendelenburg è positivo. L'evoluzione, nei casi trattati precocemente, è favorevole, in quanto che si può anche ottenere la *restitutio ad integrum*.

Come diagnosi differenziale, entrano in considerazione: 1) la coxalgia; si tenga presente che l'osteocondrite è per lo più apiretica; 2) la coxa vara. Nella forma « capitale » o epifisiolisi di Lorenz, vi è rotazione esterna e, sempre, limita-

zione della flessione. Con le altre affezioni, come artrite infettiva, sacro-coxalgia, sciatica, ecc., non è possibile la confusione.

Come caratteri differenziali con la coxite, si possono dare i seguenti:

Contenuto in calce: Coxite: diminuzione; Osteocondrite: piuttosto aumento.

Cartilagine di rivestimento: Coxite: lesa; Osteocondrite: intatta.

Formazione di ascesso: Coxite: si ha generalmente; Osteocondrite: non si ha mai.

Alterazione della cotiloide: Coxite: frequente; Osteocondrite: molto rara.

Temperatura: Coxite: febbrile; Osteocondrite: generalmente normale.

Limitazione dei movimenti: Coxite: flessione; Osteocondrite: abduzione.

Particolarmente l'esame attento della radiografia e del grado di adduzione indicheranno il trattamento da seguire. Nel periodo florido, si ricorrerà alla correzione forzata sotto anestesia; talvolta sarà necessaria la tenotomia con la immobilizzazione in abduzione forzata. Come trattamento generale è consigliabile il fosforo unito con una dieta antirachitica.

fil.

Epifisite cronica cistica sierosa del femore.

F. Virgilio (*Arch. It. di chir.*, vol. XI, fasc. 5) riferisce su di un caso di osteo-mielite cronica, in una donna di 18 anni, il cui quadro anatomo-patologico differisce da quello delle comuni osteo-mieliti. Si tratta infatti di un processo di osteo-mielite dell'epifisi inferiore del femore, che ha evoluto formando una cavità cistica, contenente un liquido siero-albuminoso limpido, limitata da una sostanza spugnosa, densa, giallo-rossastra, non circondata da osteo sclerosi reattiva. Il periostio del femore era del tutto normale. La sostanza spugnosa giallo rossastra all'esame istologico si dimostrò costituita da trabecole ossee inframmezzate da tessuto midollare. Le trabecole ossee in alcuni tratti erano nella loro parte periferica, poco differenziate, scarsamente colorabili, senza corpuscoli ossei. Mancavano le lacune scodelliformi delle trabecole, caratteristiche del riassorbimento osseo lacunare; assenza di osteoclasti. Dal liquido contenuto nella pseudocisti e dalla poltiglia giallo-rossastra, viene coltivato uno stafilococco aureo di scarsa virulenza. Negative le ricerche biologiche per la tubercolosi.

L'A. dopo aver fatto, dal punto di vista anatomo-patologico, la diagnosi differenziale del caso da lui presentato, con l'osteo-mielite cronica semplice (nella forma di ascesso di Brodie), con l'osteo-mielite tubercolare e con alcune forme sistemiche di cisti ossee (osteite fibrosa di Recklinghausen e osteo distrofia fibrosa cistica giovanile di Mikulich), passa a discuterne la patogenesi. Nella anamnesi della sua paziente figura un trauma violento che segnò l'inizio della malattia. Il trauma avrebbe favorito la localizzazione nell'epifisi inferiore del femore di un germe, la cui scarsa virulenza fu dimostrata dalla scarsezza dei fenomeni infiammatori, dei fatti distruttivi e della reazione del tessuto circostante. L'A. perciò tende ad avvicinare questa forma morbosa ad alcuni tipi di cisti ossee e, ricordando la teoria infettiva delle cisti ossee, afferma che molte di queste cisti dovrebbero essere comprese nel capitolo della osteo-mielite cronica, della quale la forma da lui descritta potrebbe essere il tipo.

FIORENTINI.

Ortopedia e appendicite.

M. Van Neck (*Archives franco-belges de Chir*, giugno 1925) riporta il caso di una ragazza di 24 a. che si presentò alla sua osservazione perchè da qualche settimana avvertiva dolori vivi e momentanei alla regione esterna della coscia e alla spina iliaca destra. Tutti gli esami furono negativi, soltanto, palpando l'addome in corrispondenza della fossa iliaca, si avvertiva una piccola massa quanto una ciliegia, immobile, non molto dolorosa, analoga ad una esostosi. La radioscopia rilievò un chiodo da tappezziere in una specie di tumore. Non fece diagnosi e operò l'ammalata. Il tumore era nella fossa iliaca, era extraperitoneale ma attaccato all'intestino. Aperto il peritoneo si constatò che ciò che costituiva il tumore era l'appendice la quale era saldata con la base e l'estremità libera al cieco, piegata ad ansa. La parte libera di essa veniva fuori dal peritoneo e costituiva il tumore. Distaccata dal cieco, l'appendice restò intovata tra le fibre dello psoas da cui fu distaccata con le forbici. Sezionata l'appendice asportata, venne fuori un calcolo brunastro mammellonato da cui usciva libera la punta acuminata di un chiodo da tappezziere. Cessarono le sofferenze; soltanto, durante le ulteriori medicature, se un corpo estraneo toccava il fondo della ferita, si risvegliavano i dolori alla faccia esterna della coscia; questo indicava bene che un filetto del nervo crurale era allo scoperto e che su di esso esercitava la pressione l'appendice asportata. Il caso è strano principalmente per la sindrome perchè non c'erano mai stati dolori tali da far sospettare un'appendicite, e poi perchè la punta del chiodo, pur essendo libera, non era mai riuscita a forare la parete dell'appendice.

G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

La cura del rachitismo mediante i raggi ultravioletti.

Lesné e De Gennes (*Le Journal médical franç.*, n. 9, settembre 1925) rileva che la scoperta del rachitismo provocato nell'animale sembra acquisita dalle ricerche di Howland e Kramer i quali hanno constatato che i ratti bianchi (nei quali è possibile provocare lesioni simili a quelle del rachitismo umano con regime senza fosforo) sottoposti a irradiazione con raggi ultravioletti non ammalano per quanto sottoposti a un regime rachitigeno. Le ricerche eseguite su bambini rachitici hanno dimostrato che le alterazioni caratteristiche del rachitismo (e constatabili radiograficamente sul pugno) si modificano sotto la terapia ultravioletta. Contemporaneamente si modifica anche lo stato di anemia che è possibile constatare nei rachitici nonchè il tasso del calcio e del fosforo.

Quanto all'azione dei raggi ultravioletti non sembra che possa riportarsi a una azione locale: a parte che i raggi ultravioletti non attraversano la pelle, è certo il fatto che basta esporre un solo lato del corpo per vedere modificare le lesioni anche dell'opposto lato: è probabile che l'azione vada ricercata nella pelle e che si eserciti sugli elementi del sangue e sulle terminazioni nervose della pelle.

Il metodo applicato a titolo preventivo può, secondo gli AA., far scomparire il rachitismo dalle consultazioni ospedaliere.

E. MILANI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il rapporto glucosio del l. c. r. e del sangue nelle meningiti tubercolari, meningococciche e nel meningismo.

Brugi (*Folia medica*, 15 novembre 1925) ha studiato il comportamento del quoziente glicorachia glicemia nelle meningiti tubercolari, nei fenomeni meningitici che si osservano in molti stati morbosi e nelle meningiti da meningococco, in vari periodi delle malattie.

È risultato che nella meningite tubercolare il glucosio del sangue non oscilla oltre le cifre normali, mentre diminuisce il glucosio del liquor.

Nelle forme di meningite meningococcica che giungono a guarigione, la glicemia si mantiene alta per abbassarsi alle cifre normali in seguito: il glucosio del liquor invece, dapprima basso va gradatamente elevandosi fino a raggiungere anch'esso le cifre normali; l'A. ha osservato che nelle forme ad esito letale la glicemia si mantiene alta, la glicorachia bassa. Nei meningismi cosidetti infettivi si ha un aumento quasi proporzionale della glicemia e della glicorachia.

Lo studio comparativo quindi della glicemia e della glicorachia può avere importanza pratica sia dal punto di vista diagnostico riuscendo a far differenziare una meningite tubercolare da uno stato meningeo, sia prognostico, potendosi con l'esatto dosaggio dello zucchero nel sangue e nel liquor prevedere un esito letale o non.

MONTELEONE.

Indagini sui liquidi da vescicatorio.

Puxeddu della Clinica di Cagliari (*Folia medica*, n. 1, 1926), ha studiato alcune delle proprietà fisico chimiche dei liquidi delle bolle vescicatorie, e precisamente la tensione superficiale, l'indice di rifrazione, il peso specifico, la reazione di Rivalta, la Wassermann, aggiungendo lo schema di Arneth, giungendo alle conclusioni seguenti:

I liquidi da vescicatorio, che sono liquidi da schietta infiammazione, hanno delle proprietà fisico chimiche molto simili a quelle del siero di sangue (tensione superficiale, viscosità, indice di rifrazione). Delle varie albumine di cui questi sieri sono ricchi, le globuline sono notevolmente aumentate rispetto alle sierine.

La formula leucocitaria ha un comportamento del tutto neutrofilo, sebbene non siano trascurabili le percentuali dei linfociti e degli eosinofili, ed abbenchè vi sia una certa corrispondenza fra linfociti del sangue e lnfociti delle bolle, nessuna dipendenza o relazione numerica si nota fra gli eosinofili dei due liquidi. Lo schema neutrofilo di Arneth è deviato verso sinistra con prevalenza di forme giovani a due lobulazioni. Differenze sostanziali non sembrano esistere fra liquidi bollari di persone esenti da malattie degli organi interni e liquidi provenienti di vario genere.

MONTELEONE.

Influenza degli agenti fisici, meccanici e fisiologici sulla morfologia del sangue periferico.

Dalle osservazioni di L. Malcangi (*Pensiero medico*, 31 dicembre 1925) risulta che numerose cause fisiche (freddo, caldo, elettricità), meccaniche (pressione), chimiche (veleni esogeni ed endogeni), fisiologiche (riflesso oculo-cardiaco, emozioni, ecc.) possono far variare bruscamente la formola leucocitaria nel sangue periferico, ciò che recentemente è stato osservato anche da altri autori.

Queste variazioni sono probabilmente in rapporto con l'azione simpatica vaso-motrice. In linea

subordinata si deve quindi, nel valutare a scopo clinico-diagnostico la formula leucocitaria, tener presente tutto ciò che può influire direttamente sul sistema vago-simpatico.

Negli arti affetti da lesioni nervose di origine centrale o periferica, lo stimolo esercitato dai molteplici fattori suddetti non determina variazioni apprezzabili della morfologia del sangue.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Per la disinfezione cutanea. — Al dott.. L. F., da C.:

L'alcool è un ottimo disinfettante, ma solo a certe concentrazioni, intorno a 70 %. Presenta lo svantaggio che, allontanandosi da questo *optimum*, perde rapidamente di efficacia: se assoluto o anche se molto diluito è praticamente privo di azione utile. Presenta anche lo svantaggio di agire solo sulle forme vegetative dei batteri, non sulle spore.

L'etere è un detergente: scioglie e allontana il grasso della cute; in tal modo facilita l'asportazione degli strati superficiali dell'epitelio corneificato, carichi di germi, e compie una disinfezione così detta « meccanica » o « indiretta ». Affinchè riesca efficace occorre dunque di strofinarlo sulla parte, non passarvelo soltanto, come spesso si pratica. Non manca di azione antisettica, ma debolissima. L'etere è raccomandabile anche perchè scioglie gl'idrocarburi (vaselina, olio di paraffina) oggi molto usati, i quali non sono solubili nei saponi.

Questi ultimi sono anch'essi detergenti; inoltre sono discretamente antisettici di per sè, in specie il sapone verde; ma riescono irritanti e d'impiego non comodo.

I nuovi antisettici cutanei sono ancora allo studio. A titolo di esempio, M. B. Tinker ne ha saggiati parecchi (*Annals of Surgery*, ott. 1925). Molto efficiente fu l'acriflavina al 5 % in alcool al 50 %; poi l'acrivioletto al 2 % in alcool al 50; poi lo iodio al 5 % (la tintura officinale è al 12); seguirono l'acrivioletto al 10 % in acqua, la soluzione di Harrington; meno efficienti furono l'acido picrico al 5 % in alcool a 95, il mercurocromo al 5 % in alcool a 50. A. V. St. George (*Journal Amer. Med. Ass.*, 26 dic. 1925) ha trovato il mercurocromo 220, sciolto al 2 % in una mescolanza di acqua distillata, alcool a 95 e acetone, superiore allo iodio, all'acido picrico, allo ioduro mercuro-potassico. L. VERNEY.

Medici di bordo. — All'abb. n. 5664, Feltre:

Le prove per gli aspiranti all'autorizzazione a imbarcare come medico di bordo sono state bandite per questa sessione — com'era ovvio — esclusivamente per esami.

Circa l'autorizzazione da concedersi — giusta il Decreto ultimo — agli ufficiali medici provenienti dal servizio attivo permanente i quali abbiano compiuto almeno sei anni di servizio e superato speciali prove integrative di ostetricia e pediatria, non si sa ancora quando e con quali modalità tali autorizzazioni saranno concesse; nè, molto meno, si conosce il programma speciale per le due materie richieste.

È evidente però che, per la sessione di quest'anno, tale genere di concessione non possa assolutamente aver luogo, tenuto conto che la disposizione di massima dovrà essere regolata da norme precise e dettagliate, e che essendo per tali candidati ammesso invece della prova d'esame anche il titolo della frequenza di sei mesi in reparti specializzati, detto titolo non potrà essere in possesso degli ufficiali suddetti (salvo rare eccezioni) che tra un anno. RIBOLLA.

VARIA.

Le psicopatie in Italia.

Ora che si sviluppa ogni dì più lo studio di quanto si riferisce alla igiene mentale, mette pegno di fermare l'attenzione sullo sviluppo delle malattie mentali, quale appare dalle statistiche, forniteci dall'egregio dott. Modena, che appunto dirige l'Istituto Speciale di Statistica.

Ecco i primi dati riferiti:

All'ottobre 1925 i malati di mente ricoverati in Italia erano 59,393 con una percentuale di 1.5 per 1000 abitanti (censimento 1921). Questa cifra è così suddivisa per Regioni: Venoto: 9369; Lombardia: 9044; Piemonte: 7104; Emilia: 6458; Toscana: 6375; Campania: 4986; Sicilia: 3694; Liguria: 3020; Lazio: 3106; Marche: 1968; Umbria: 1221; Abruzzo: 1191; Sardegna: 1016; Puglie: 469; Calabria: 372.

Gli Istituti che ospitano malati di mente in Italia sono 133, dei quali: 41 provinciali, con una popolazione di 37,367 ammalati; 32 ricoveri per cronici con una popolazione di 9266; 27 Case di cura per abbienti con 1231 ammalati; 12 Opere Pie con 11,455 ammalati; 11 Istituti privati per deficienti con 761 ricoverati; 6 Manicomi privati con 3545 ricoverati; 4 Manicomi giudiziari con 703 ricoverati.

Il numero degli ammessi durante il 1924 risulta di 24,097 e precisamente 13,922 uomini e 10,175 donne con un massimo (per regione) di 4244 ammessi nel Veneto e un minimo di 140 nella Calabria.

Dall'ultimo censimento Vidoni del 1914 all'attuale, l'ospedalizzazione dei malati di mente risulta aumentata di 5082.

(Da *L'Avvenire Sanitario*).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA *

Lesione per infortunio e malattia professionale. Inabilità lavorativa e chirurgia riparatrice.

Il principio dell'assicurazione obbligatoria con tro gli infortuni sul lavoro è ormai accolto positivamente dalla legislazione di tutti i paesi civili. In Italia è stato esteso agli infortuni agricoli (legge 23 agosto 1917, n. 1450) e recentemente è stato stabilito per gli *infortuni di volo* dall'art. 34 del decreto legge 20 agosto 1923 n. 2207, il quale dispone che « ogni imprenditore di servizi aerei o costruttore o proprietario di aeromobile ha l'obbligo di provvedere all'assicurazione contro tutti gli infortuni di tutto il personale addetto, comprendendo in ciò anche l'assicurazione contro i rischi di volo per il personale occasionalmente o abitualmente volatore ».

L'applicazione sempre più vasta del principio dell'assicurazione obbligatoria contro i rischi del lavoro ha intensificato l'interessamento degli studiosi e dei pratici ai problemi tecnici sanitari e giuridici che vi si riconnettono, specialmente dal punto di vista delle *cause* dell'infortunio, delle conseguenze e della misura dell'indennizzo.

L'infortunio che è fonte del diritto ad indennità è determinato da *causa violenta* in *occasione* del lavoro. Ma si presentano difficoltà non lievi quando si debba precisare meglio questo criterio generale, per distinguere la causa dell'infortunio da quella della malattia professionale, la quale non ha ancora, nella nostra legge, speciale protezione mediante assicurazione obbligatoria.

Gli elementi distintivi di queste entità morbose, che hanno fonte comune nei rischi del lavoro ma causa specifica diversa, sono accuratamente esaminati dal prof. Ciampolini nel primo capitolo del suo pregevole e interessante libro circa « La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge » (1).

L'A. premette le più notevoli definizioni che da scrittori italiani e stranieri sono state formulate, e poi egli precisa sinteticamente così il concetto di lesione determinata da infortunio: « stato morboso che modifica in via temporanea (oltre cinque giorni) o in via duratura e rispettivamente in parte o in tutto — fino anche a sopprimerla insieme alla vita — la capacità lavorativa dell'operaio; stato morboso legato al lavoro dal particolare rischio e dovuto a causa violenta (cioè repentina, conterminabile cronologicamente in termini ristrettissimi) imprevista e imprevedibile ».

Questa definizione tiene conto, evidentemente, anche di elementi giuridici particolari, corrispondenti alle norme della legge attualmente in vigore in Italia. « È ovvio — spiega il Ciampolini — che per violenza lesiva non si intende l'azione di una forza esteriore meccanicamente intesa: anche le violenze di altro ordine (chimico, psichico, ecc.) possono rientrare nel numero delle cause morbose da cui la legge stessa protegge. E non occorre che l'effetto della causa lesiva risulti *immediato*: purchè ne sia una conseguenza ineluttabile. Se l'avvenimento si verifica in occasione di lavoro, l'estremo della causa violenta esiste anche nella penetrazione unica di un *germe patogeno* nell'organismo. Nella fattispecie la sostanza della violenza, se non nella causa, esiste negli effetti: e ciò basta, pur mancando la tumultuarietà e l'esteriorità dell'*azione*. Questa può estrinsecarsi anche indirettamente, a patto che sia improvvisa, rapida e abbia forza sufficiente e apporti alla integrità fisica dell'operaio un danno che prima non esisteva o ne aggravi uno anteriore ».

Il carattere violento e subitaneo della causa deve essere inteso in senso relativo, come elemento differenziatore dell'infortunio dalla malattia professionale, la quale è definita dal Ciampolini « alterazione della salute da causa patogena, ripetuta e derivante necessariamente dall'esercizio normale e continuato del lavoro ».

Il rapporto da causa ad effetto tra alterazione della salute e causa patogena può far pensare ad un concetto di esclusività della causa derivante dal lavoro; ma evidentemente l'A. non ha voluto risolvere qui la questione delle cause concorrenti, alle quali poi egli dedica vari interessanti capitoli del suo volume a proposito delle concause negli infortuni anche con speciale riferimento alla tubercolosi, al diabete, ai tumori, alla malaria, alla sifilide.

Egli ha voluto fissare l'elemento caratteristico fondamentale che distingue l'infortunio dalla malattia professionale: « mentre nell'infortunio l'evento dannoso è riferito ad un fatto esteriore, individualizzato e cronologicamente definito, nella malattia professionale la causa efficiente è riposta in una lunga serie di fatti singolarmente per

(1) Prof. dottor ARNOLFO CIAMPOLINI. « La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge » (Collana Manuali del *Policlinico*). Editore, Luigi Pozzi, via Sistina, 14, Roma.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

nulla conterminabili nel tempo e nell'effetto e che, per rendersi manifesti nella loro risultante, hanno bisogno di un'azione diuturna ».

Nel capitolo XVIII è trattata un'altra questione interessante, che non ha avuto ancora una risoluzione completa e difinitiva.

È obbligato l'operaio a sottoporsi ad interventi chirurgici riparatori di una inabilità lavorativa? L'A. ricorda precedenti giurisprudenziali italiani e stranieri e fa anche un breve esame di diritto comparato.

Egli rileva che in Italia il concetto dell'obbligo dell'operaio di sottoporsi ad atti chirurgici non è mai prevalso. La legge per gli infortuni, sia nel testo del 1898 che in quello delle modificazioni successive, non contiene alcuna disposizione. « Anzi è utile ricordare — egli soggiunge — che durante la prima discussione in merito al regolamento della nostra legge, essendo stato richiesto al relatore (Magaldi) se si fosse in esso prospettata una tale questione, egli rispose essersi riconosciuto che la legge non consente di obbligare gli operai ad esporsi ai pericoli conseguenti ad un'operazione chirurgica; obbligo che non sarebbe neanche conforme al diritto che ognuno ha che la propria esistenza, la propria integrità personale non sia per volere altrui manomessa o compromessa ».

Qualche elemento utile si può desumere dall'art. 18 secondo comma della legge 23 agosto 1917 per gli infortuni agricoli, il quale dispone che « il lavoratore non può, senza giustificato motivo, rifiutarsi, dietro richiesta ed a spese dell'istituto assicuratore, di sottostare alle cure che l'istituto stesso ritenga necessarie e di entrare a tal fine in qualsiasi clinica, ospedale o altro luogo di cura che sia indicato dall'istituto assicuratore. *Fra tali cure non si intendono comprese le operazioni chirurgiche, salvo i minori atti operativi. In caso di ingiustificato rifiuto*, può essere negata in tutto o in parte l'indennità, salvo in caso di contestazione il giudizio arbitrale ».

All'indirizzo prevalente, che nega l'obbligo dell'operaio di sottostare ad un intervento chirurgico, aderisce il Ciampolini. « È ben vero, egli osserva, che l'art. 436 del codice di commercio sancisce il principio che il comportamento dell'operaio assicurato debba essere quello di un operaio non protetto dalle leggi assicurative e che perciò egli debba prestare al medico la migliore cooperazione attiva, onde raggiungere la completa guarigione, ma è ben vero altresì che c'è un articolo del regolamento infortuni il quale lascia, per converso, piena libertà all'operaio stesso di ricoverarsi o meno, a scopo di cura, nella infermeria disposta dal datore del lavoro: sicchè la volontà del legislatore appare in questo punto essenzialmente esplicita. Nè vale riferirsi ad altre argomentazioni d'ordine indiretto. Quindi se, in proposito, si vuole dire di più, occorre legiferare di nuovo, perchè, dal lato giuridico, con l'attuale legislazione il problema dell'obbligo dell'operaio a sottostare ad un intervento chirurgico non può avere che una soluzione in senso negativo; infatti si è anche visto che qualche responso del magistrato in senso affermativo, da noi, non ha avuto seguito.

« D'altra parte è sentita da tutti la necessità che colla libertà di cura, cui la legge gli dà diritto, l'operaio infortunato non sconfini da quello che è equo e onesto: ed è qui il punto essenziale della questione, la quale in concreto diventa allora una pura questione di fatto, cui spetta al magistrato dar valore, tenendo conto degli interessi speciali e di quelli generali ».

Ma è opportuno ed utile risolvere legislativamente la questione, sia pure con norme prudenti come quelle contenute nell'art. 18 della legge per gli infortuni agricoli? Sembra a noi che la questione si risolva meglio sulla base dei principi generali del diritto.

« L'assicurato deve fare quanto sta in lui per evitare o diminuire i danni »: questa norma del contratto di assicurazione (art. 494 cod. comm.), ha anche un fondamento di buona fede e di utilità sociale, che si coordina e si concilia col diritto che ciascuno ha sulla propria persona, diritto di fare o di non fare o di non subire che altri faccia, purchè però l'azione o l'omissione non abbia un contenuto di illeceità e non cagioni pregiudizio ai terzi. Anche questo come ogni altro diritto non è assoluto, ma è limitato.

Come per il contratto di assicurazione così per l'assicurazione obbligatoria, l'assicurato deve fare quanto egli può, senza rischi, per evitare o diminuire i danni.

La indennità per infortunio è dovuta anche se questo derivi da imprudenza, imperizia, negligenza, violazione di ordini, norme e discipline riferibili all'operaio. Ma, avvenuto l'infortunio, l'assicurato, anche perchè tutelato da un regime di protezione del quale egli si giova, deve cooperare attivamente alla cura, nei limiti del possibile e della normalità. Se egli volontariamente e senza giustificati motivi, con azioni od omissioni, aggrava le conseguenze o potendo attenuarle o eliminarle non fa quel che senza rischio potrebbe fare, l'evento evitabile e non evitato non è effetto dell'infortunio, ma ha la sua causa in una volontà illecita che perciò non può trovare protezione nella legge.

La questione è piuttosto delicata quando si tratta di stabilire *i limiti* di questo comportamento attivo. Se l'operaio, potendo curarsi, non si cura,

è evidente che *egli vuole* quelle conseguenze che la cura certamente eviterebbe.

Ma altre ipotesi sono meno semplici. Il caso considerato più frequentemente è quello della operazione chirurgica. La distinzione, che è nella legge per gli infortuni agricoli, tra operazioni chirurgiche e atti operativi minori è empirica e molto approssimativa. Noi pensiamo che sia preferibile non stabilire norme particolari e decidere caso per caso. Posto il principio dell'obbligo della *cooperazione attiva* (nei limiti delle possibilità concrete) a quelle cure che sono necessarie o utili, senza rischi, si esaminerà di volta in volta se il comportamento dell'assicurato, cioè la sua azione od omissione volontaria, sia tale da costituire causa efficiente e illecita di una data conseguenza o della persistenza di uno stato di alterazione organica o funzionale. In ogni modo, anche de iure condito, aderiamo alla tesi accolta dal Ciampolini.

Altre interessanti questioni sono da lui egregiamente trattate, dal punto di vista giuridico, nel suo pregevole volume, che contiene una esposizione completa della traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge, per fini pratici e sulla base di una esperienza personale vasta e meditata.

Ma ad una vera e propria recensione, la quale avrebbe richiesto un esame generale di tutta la materia e anche dei capitoli che trattano di argomenti tecnici sanitari, abbiamo preferito la segnalazione di due argomenti speciali per saggio sintetico di uno studio coscienzioso ed utilissimo.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXV. — È vietato provvedere a nomina stabile ad un ufficio durante la controversia circa il licenziamento dall'ufficio medesimo.

L'art. 41 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2839, per gli impiegati comunali, e l'art. 38 pen. comma del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, per i sanitari condotti, stabiliscono che nei casi di licenziamento « sinchè non siasi avuta una decisione definitiva sul ricorso in via giurisdizionale o non sia decorso il termine per produrlo, non si può far luogo a nuova nomina se non in via provvisoria ». La legge ha voluto evitare l'inconveniente che si verificherebbe, specialmente con danno del Comune, se, licenziato un impiegato e assunto in servizio stabilmente altro impiegato, per lo stesso posto, fosse poi annullata la deliberazione di licenziamento con l'effetto della reintegrazione in ufficio. In tal caso, il Comune si troverebbe in condizioni molto difficili e onerose.

È opportuno denunziare al Prefetto gli eventuali provvedimenti per nomina definitiva e stabile mediante concorso o con altra forma, qualora sia in corso giudizio innanzi alla G. P. A. o al Consiglio di Stato contro la deliberazione di licenziamento.

È sorta quistione a proposito delle nomine stabili deliberate da Consorzi di nuova istituzione, qualora sia impugnato in sede giurisdizionale il licenziamento deliberato da un Comune, per effetto dell'adesione al Consorzio stesso. La quistione è sorta a proposito dei segretari comunali: ma è giuridicamente identica per i sanitari condotti. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 5 febbraio 1926, n. 40, ha detto che in tal caso la norma sopra indicata non è applicabile al Consorzio e non è quindi di ostacolo alla nomina stabile del medico consorziale.

Dal punto di vista giuridico la risoluzione è corretta. Si può quindi ammettere che il Consorzio *non sia obbligato* a sospendere la nomina stabile. Tuttavia, considerazioni di prudenza e di opportunità amministrativa consigliano anche in tal caso di attendere che sia risoluta la controversia circa il licenziamento deliberato dal Comune consorziato.

XXVI. — Efficacia dei certificati medici per domande di congedo.

Chiedo un congedo per malattia e presento un certificato medico. Può l'amministrazione respingere o non prendere in considerazione la mia domanda ritenendo, senz'altro e in ogni caso, che l'attestazione non sia apprezzabile e può licenziarmi per abbandono d'ufficio se non riprendo servizio per le stesse ragioni di salute risultanti dal certificato medico? In qualche caso, la difformità tra l'attestazione e la realtà accertata *è tale* che la quistione si risolve nettamente in fatto, sulla base di elementi estrinseci. Se, per es., presentato il certificato medico e, interrotto il servizio, presto altrove l'opera mia, è evidente che o l'attestazione del medico non era vera o è cessata la infermità e, quindi, la causa legittima della interruzione del servizio. Ma, a prescindere da questi casi speciali, in linea di massima si deve ritenere che l'amministrazione, di fronte ad una domanda di congedo per malattia attestata da certificato medico, non possa deliberare il licenziamento senza aver prima accertato e dimostrato che il certificato non corrisponde a verità. In questo senso ha deciso la V Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 22 gennaio 1926, n. 15, dichiarando essere « principio generale, ispirato da evidenti ragioni di equità e di giustizia, che non è lecito ad una amministrazione pubblica dichiarare decaduto dall'ufficio un dipendente, il quale presenti l'attestato medico della sua infermità che gli impedisce di riprendere servizio, se non dimostrando la falsità formale o sostanziale dell'attestato medesimo ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

IX Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici.

Come avevamo annunziato, si è svolto a Roma nei giorni 17 e 18 aprile un Congresso degli Ordini dei Medici di tutta Italia, il quale doveva tra gli altri importanti argomenti decidere dei rapporti fra gli Ordini ed i Sindacati medici. Dopo una discussione improntata ad uno spirito di viva approvazione delle direttve sindacali fasciste e di completa adesione al regime, il Congresso ha votato il seguente ordine del giorno:

« Il Congresso della Federazione degli Ordini dei medici, preso atto delle dimissioni della Presidenza e del Consiglio federale, accettando le direttive della Corporazione nazionale sanitaria fascista, delibera di trasformare la propria Federazione in Federazione fascista degli Ordini dei medici; dà mandato, con pieni poteri, alla nuova Presidenza di modificare in tal senso lo statuto; affida al nuovo presidente il còmpito di nominare il Consiglio con elementi di sua fiducia, tenendo conto del criterio politico, regionale e di categoria ».

A presidente della nuova Federazione è stato nominato, ad unanimità, il segretario generale della Corporazione sanitaria, dott. Arnaldo Fioretti, al quale il Consiglio ha tributato plausi vivissimi.

Daremo prossimamente un breve resoconto dei lavori.

Vittorie di Sanitari comunali.

Avendo i medici condotti presentato domanda perchè siano interpretate in loro favore due disposizioni di capitolato, la Sezione di Milano della Federazione degli Enti Autarchici ha risposto favorevolmente: 1) Che sia corretto l'articolo del capitolato nel quale è stabilito che gli aumenti quadriennali decorrono dal principio del mese successivo all'acquisto del diritto alla stabilità, nel senso che detti aumenti abbiano a decorrere dal mese successivo alla regolare assunzione in servizio. 2) Che i Comuni, i quali abbiano alla dipendenza più di un medico condotto, non possano stabilire che i medici debbano supplirsi a vicenda durante il mese di congedo ordinario.

Siamo doppiamente lieti di queste vittorie inquantochè i concetti che le provocarono furono ripetutamente sostenuti in questo giornale.

(Da « L'Avvenire Sanit. »).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. *Opere Pie Ospitaliere.* — Chirurgo primario; vedi fasc. 17. Scad. 15 maggio.

CEPRANO (*Roma*). — Al 15 giu.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., c.-v. e addizionali L. 4 e L. 5 oltre 1000 e 2000 pov.; ab. 7283 di cui 2572 nel capol.; Ospedale. Docum. a 3 mesi dal 22 apr. Accettaz. entro 5 gg.

CICERALE CILENTO (*Salerno*). — A tutto il 15 mag.; vedi fasc. 14.

CITTÀ DI CASIELLO (*Perugia*). — Per Fraccano; a tutto 31 mag.; docum. a 3 mesi dal 20 apr.; tassa L. 50; stip. L. 8000 e 5 sessenni dec. oltre c.-v. in L. 1620 e serv. att. in L. 600; per trasp. L. 500-4000; serv. entro 20 gg.

CIVITA CASTELLANA (*Roma*). — Al 30 mag. due cond. comprimarie; vedi fasc. 16.

COMO. *R. Prefettura.* — Ufficiale san. di Lecco. Ab. 30,000 c.; kmq. 35 c. L. 15,000 oltre L. 3000 incarico uff. sanitario scolastico e L. 3000 trsp.; c.-v. Divieto esercizio profess. libero. Scad. ore 18 del 31 mag. Età lim. 45 a. Tassa L. 50.20 alla Tesoreria Comun. di Lecco.

DOSOLO (*Mantova*). — Per Villastrada; vedi fasc. 17. Scad. 20 maggio.

FONTANIGORDA (*Genova*). — Kmq. 1664 in montagna; ab. 1632, pov. 35; L. 8400 con 10 bienni; trasp. L. 1400; uff. san. L. 500. Scad. 10 mag.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — Scad. 31 mag. Stip. L. 10,000; 5 quadr. 1/10; uff. san. L. 500; se possessore cav. L. 2000; 951 famiglie di cui 630 a cura gratuita. Altit. m. 800; dalla ferr. km. 22. Età mass. 40 a. Tassa L. 50.15.

GAZZANIGA (*Bergamo*). — Consor.; al 10 giu.; vedi fasc. 16.

IVREA. *Ospedale Civile.* — Medico primario; titoli ed eventualm. esami. Scad. 20 maggio. Tassa L. 50.10. Età lim. 40 a. L. 8000. Il concorso potrà essere annullato qualora vi sia un solo concorrente od i concorrenti non siano dichiarati idonei. Chiedere annunzio alla Congreg. di Carità.

LECCE. *Congregazione di Carità.* — Direttore del Gabinetto di Istologia e Batteriologia nell'Ospedale Civile « Vito Fazzi ». Scad. ore 12 del 15 mag. Vedi fasc. 15.

MARCARIA (*Mantova*). — 1ª condotta, comprendente il capoluogo; kmq. 20; ab. 2700 c., dei quali 2000 c. agglomerati; L. 9000, oltre L. 2000 o L. 1250 indenn. integrativa (a seconda che il sanit. sia sposato o celibe); L. 500-2500 trasp.; scad. ore 17 del 20 mag. Età lim. 39 a. Saranno esclusi i disertori e gli autolesionisti. Tassa L. 50.10.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Primario specialista neurologo; vedi fasc. 17. Scad. 30 giu.

MORROVALLE (*Macerata*). — Scad. 15 mag.; lire 8000 e 3 quadr. dec.; ricostruz. carriera 1-3 decimi; eventuale aum. decimo stip. iniziale; L. 500 a 2500 trasp.; assistenza non iscritti fino a lire 10,000 di reddito.

PALESTRINA (*Roma*). — 2ª zona; al 31 mag. ore 18; L. 8500 p. 1000 pov., addiz. L. 4 fino a 2000 pov., L. 5 oltre, 5 quadr. dec.; c.-v. in L. 1200; tassa L. 50.15. Chiedere annunzio.

RADICONDOLI (*Siena*). — Scad. 15 mag.; per Belforte; L. 8000 e 6 quadr. dec.; c.-v. in L. 2286 per l'anno corrente; trasp. L. 500-3000; età lim. 45 a.; tassa L. 50.05; serv. entro 15 gg.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e degli Ospedali Riuniti.* — 13 aiuti medici e 8 aiuti chirurgi. Scad. ore 15 del 10 mag. Stip. L. 7300; ai nominati saranno trattenute spese conc. e di esame. Chiedere annunzio.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro Urbino*). — Cercasi subito giovane e provetto sanitario specializzato in chirurgia per assumere l'interinato della condotta e la direzione dell'Ospedale. Vedi fasc. 14.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 10 mag.; 4ª cond.; L. 10.500 e quadr. dec.; c.-v. in L. 800 se coniug., L. 300 se celibe; trasp. L. 1000 senza obbl. cavallo.

TERRACINA (*Roma*). — Ab. 14,500 circa; Osped. Civico. Scad. 30 maggio. Richiedesi esercizio in grande Ospedale o in Clin. med. Tassa L. 50. Docum. a 3 mesi dal 15 apr. Stip. L. 8500 per 1000 pov., addiz. L. 4 fino a 2000 e L. 5 oltre; c.-v.; tariffa da abbienti e semi-.

VALBRERONNA (*Genova*). — Scad. 15 maggio; L. 9600 e 10 bienni ventes.; L. 500 uff. san.; L. 1200 c.-v.; indenn. cavallo da convenirsi.

ESAMI PER MEDICI DI BORDO.

Con D. M. 26 marzo 1926 pubblicato sulla «Gazz. Uff.» del 30 marzo n. 74, è stato indetto per il mese di luglio 1926, una sessione di esami per ottenere l'autorizzazione ad imbarcare come medico di bordo.

Tali esami avranno luogo a Roma e presso le Prefetture di Genova, Napoli, Palermo, Trieste.

Gli aspiranti dovranno far pervenire entro il 1° giugno 1926 la loro istanza, su carta da bollo da L. 3, alla Prefettura della Provincia di ordinaria residenza.

Per programmi dettagliati, schiarimenti, ecc. inviare domanda accompagnata da L. 5 alla redazione del *Bollettino Medici della Marina Mercantile*, Genova, via Palestro 11-3.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Michele Romanelli di Trani è stato insignito della Croce al merito di guerra, quale capitano medico, volontario di guerra, nell'Ospedale da campo 205 (III armata), e della medaglia di benemerenza dei volontari di guerra.

Il dott. Ermanno Pazzi, nostro amico e collaboratore, su proposta di S. E. il ministro Federzoni è stato insignito della commenda della Corona d'Italia. Rallegramenti ed auguri al valoroso medico-radiologo.

NOTIZIE DIVERSE.

IV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per l'Igiene.

Dal 10 al 20 giugno p. v. sarà tenuto in Torino il IV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per l'Igiene. I temi posti all'ordine del giorno sono: 1) *Tubercolosi*: *a*) Lo stato attuale della lotta antitubercolare in Italia (rel. prof. Abba, Torino). *b*) La vaccinazione antitubercolare (prof. D. Ottolenghi, Bologna). *c*) Spedalizzazione della tubercolosi (prof. E. Ronzani, Milano). *d*) Igiene stradale e tubercolosi (prof. E. Corsini, Firenze). *e*) Casa e tubercolosi (dott. Alberto Botti, Napoli). *f*) Tubercolosi e previdenza (dott. C. Giannini, Roma). *g*) La maestra vigilatrice scolastica e l'importanza della sua opera nella profilassi della tubercolosi (Governatorato di Roma). 2) *Profilassi delle malattie veneree* (relatori proff. G. Riccardi, Torino, e G. Sangiorgi, Parma).

La quota d'iscrizione è di L. 20 per i congressisti e di L. 10 per i loro familiari, da inviarsi non oltre il 15 maggio corr. al Segretario generale dell'Associazione dott. Giovanni Palomba, via Vittorio Veneto, 96, Roma (25), per ricevere la tessera e i documenti per le riduzioni ferroviarie. Per schiarimenti ed informazioni, oltre che al dott. Palomba, rivolgersi anche al Comitato esecutivo del Congresso, Ufficio d'Igiene, via Corte d'Appello, 1, Torino (9).

Congresso internazionale d'idrologia medica.

Si è tenuto in questi giorni a Carlsbad ed a Praga; ne daremo più ampia notizia prossimamente. Il prof. Emilio Di Tommasi, rappresentante di Agnano, vi ha portato la proposta che il prossimo Congresso si aduni il venturo anno nei Campi Flegrei, in occasione del centenario virgiliano.

Le giornate mediche tunisine.

Come abbiamo annunziato, hanno avuto luogo dal 2 al 7 aprile. Nel prossimo numero pubblicheremo una corrispondenza al riguardo.

Commissione per la riforma del regolamento di profilassi celtica.

Con recente decreto è istituita una Commissione incaricata di riformare il vigente regolamento sulla profilassi delle malattie celtiche. La Commissione è così costituita: prof. Stanziale, direttore della Clinica Dermosifilopatica di Napoli; prof. Cappelli, direttore della Clinica Dermosifilopatica di Torino; dott. Messea, direttore generale della Sanità pubblica.

La lotta antitubercolare a Roma.

Si è riunita in assemblea generale presso la sede dell'Ordine dei Medici, la Federazione Romana delle Opere antitubercolari.

Dopo le comunicazioni della presidenza intorno al crescente sviluppo della Colonia diurna per bam-

bini gracili in Villa Umberto I, e alla trasformazione della Colonia marina « Charitas » in Colonia permanente, per sole giovanette dai 13 ai 18 anni, che il Comitato spera di effettuare al più presto, prese la parola il segretario dott. Mariotti. Egli riassunse il lavoro compiuto dalla Federazione nel biennio 1924-25, mercè la reciproca coordinazione delle Opere federate e attraverso i rapporti loro col Comitato Romano.

Fece rilevare in quale misura si svolse, negli anni in esame, l'opera assistenziale della Federazione, mettendo in evidenza specialmente quella profilattica a favore della infanzia povera e predisposta alla tubercolosi. Il relatore presentò, in proposito, dati statistici interessantissimi, dimostrando con notizie di fatto, desunte dall'esame dei due ultimi anni, l'attività operosa e feconda della Federazione, anche nel campo dell'educazione igienica dei fanciulli e le sue non poche iniziative, che concorsero a valorizzarla presso la cittadinanza e gli Enti pubblici. Accennò al posto eminente che essa prenderà nella organizzazione della lotta cittadina contro la tubercolosi, assunta dal Governatore di Roma, e alla speciale collaborazione che potrà dare ai dispensari, per completarne l'opera, sopratutto nei riguardi sociali. In relazione a tale argomento il presidente prof. Vittorio Ascoli aggiunse interessanti schiarimenti completando le comunicazioni del relatore.

Il resoconto, esaminando la parte finanziaria, concluse che la Federazione, pur colla sua ristretta disponibilità di mezzi, ha saputo coraggiosamente ed efficacemente provvedere alla continuità della sua funzione nella lotta contro la tubercolosi, mercè la guida del prof. Vittorio Ascoli, presidente del Comitato Romano, e il concorso dei suoi collaboratori.

Per l'igiene scolastica.

Sotto la presidenza del direttore generale della Sanità Pubblica, dott. Messea, presenti il prof. Sclavo, il dott. Grazioli, l'ing. Veniali e il prof. Cabrini si sono ripresi i lavori della Commissione consultiva per l'igiene scolastica.

I lavori stessi si sono iniziati col deprecare l'insano criminoso attentato alla preziosa esistenza del Capo del Governo.

Dopo le ampie comunicazioni del presidente su varî argomenti, la Commissione, udita la relazione del prof. Sclavo su la propaganda igienica nella scuola, accogliendo le proposte del relatore, si è pronunciata sulle direttive alle quali la propaganda stessa deve essere ispirata.

Onoranze al sen. prof. Davide Giordano.

Il 15 aprile per iniziativa della presidenza dell'Ospitale civile di Venezia, nella sala della biblioteca si è svolta una cerimonia in onore del prof. Davide Giordano, che ha in questi giorni presieduto il Congresso internazionale di chirurgia in Roma, cerimonia riuscita commovente per la sincera ed unanime manifestazione di affetto e di ammirazione tributata all'illustre scienziato che profonde la sua attività multiforme nella sua patria di adozione, Venezia, e per l'imponente numero di autorità, di medici e di adesioni pervenute.

Il dott. Spandri, presidente dell'Ospitale, che fu per molti anni affezionato e valoroso assistente del festeggiato, gli porse il saluto dell'Amministrazione ospedaliera ed a nome dell'Ospitale gli offerse un quadro di Emma Ciardi raffigurante la scuola di S. Marco (ora facciata d'ingresso dell'Ospitale), sicuro di fargli cosa grata col dargli l'immagine del luogo dove egli, venuto giovanissimo, ha tenacemente e nobilmente costruito la sua fama ed ha salvato tante vite.

Pronunciarono parole affettuose di omaggio il commissario del Comune comm. Fornaciari, il dott. Ligonio direttore dell'Ospitale, il prof. Lucatello rettore magnifico dell'Università di Padova, il dott. Dian segretario dell'Ordine per il presidente assente, il dott. Saraval per i vecchi assistenti ed il dott. Della Cella per i medici ferroviari.

Il prof. Giordano ringraziò con parole commosse per le onoranze tributategli.

Infine l'avv. Casellati a nome dei molti fascisti curati con amore dal prof. Giordano gli consegnò il distintivo della squadra fascista « La Serenissima ». A. D.

Per onorare la memoria di Alberto Riva.

L'opera destinata ad onorare la memoria del prof. Riva, sta per compiersi colla inaugurazione, nell'Ateneo di Parma, di una targa che degnamente ricordi la simpatica figura e le rare doti del Maestro.

La cerimonia avrà luogo nel prossimo mese di maggio in ricorrenza del X anniversario della morte ed in coincidenza colla riunione a Salsomaggiore dell'Associazione Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Per il Comitato esecutivo rivolgersi al prof. Mario Varanini.

Giubileo di laurea.

I medici laureati nell'Università di Roma nell'anno 1901 sono vivamente pregati di mandare la loro adesione al dott. Fortini Torello, via Nicolò V n. 23, Roma (45) per il banchetto del 25° anniversario di laurea che si terrà verso la fine di maggio al lido di Ostia mare.

Un medico vittima dei Raggi X.

Il dott. Galluta Piana, radiologo dell'Ospedale Duchessa di Galliera in Genova, il quale fin dai primordi della radiologia ha studiato questa specialità con amore e con abnegazione di scienziato e con fede di apostolo, è restato vittima degli stessi raggi X, la cui azione gli ha prodotto gravissime lesioni alla mano sinistra, per cui ha dovuto subire l'amputazione di tutte le dita della stessa mano. Ora è sopravvenuta la necessità di amputazione dell'avambraccio che è stata eseguita dal prof. Tusini, direttore dell'Ospedale stesso.

Gara d'igiene.

Il 29 marzo in un'aula degli Istituti biologici dell'Università di Genova fu inaugurata coll'intervento di moltissime autorità scolastiche l'Esposizione dei lavori eseguiti dagli alunni delle civiche scuole elementari nella gara annuale promossa dalla « Lega d'Igiene Sociale per la Liguria ».

In quell'occasione parlarono il prof. Vittorelli, il prof. Ragazzi, promotore, e il R. Provveditore agli studi. L'Esposizione rimase aperta fino al giorno 8 aprile.

Radiofonia negli ospedali.

Il sig. Sidney Schwat ha regalato 200 apparecchi radiofonici all'Ospedale Lebanon di New York, di cui egli è un amministratore.

Medico assolto.

Presso il Tribunale di Milano si è svolto un processo contro il dott. Carlo Vallardi, medico primario dell'Ospedale Fate-bene-fratelli, accusato dal dott. Tonta di essersi servito, per la clientela privata, di materiale e medicine dell'Ospedale e di essersi appropriato di L. 9700 circa pagate dai pazienti visitati nel'ambulatorio ospedaliero. Il dott. Vallardi è stato assolto « perchè i fatti a lui attribuiti non costituiscono reato ».

Altra volta il Tonta aveva presentato querela contro il Vallardi e l'aveva ritirata durante il dibattimento.

Per la riabilitazione di un medico in Inghilterra.

Ha destato molto scalpore in Inghilterra il caso del dott. Axham, valente chirurgo, il quale venne cancellato dall'albo (register) nel 1911, perchè impiegava quale anestetista un certo Barker, non medico, e perchè, invitato a rinunziare a tale cooperazione, vi si era energicamente rifiutato. Dopo la guerra il sig. Barker, per servigi resi al Paese, è stato fatto cavaliere. Questa onorificenza, cui si tiene molto in Inghilterra, ha dato lo spunto ad una vivacissima campagna, condotta sulla stampa politica, per la riabilitazione del dott. Axham. Un appello è stato portato al Reale Collegio dei Medici di Edimburgo, il quale ha finito per recedere dalla condanna, con un ordine del giorno motivato dalla circostanza che l'Axham, ormai inoltrato negli anni, non potrebbe esercitare più la professione. Questa sentenza è stata accolta da un coro di approvazioni, pure deplorandosene la forma. Al dibattito ha preso molta parte il noto drammaturgo Bernard Shaw.

È morto a Edimburgo il dott. ROBERTSON CUSHNY, professore di materia medica e farmacologia in quella Università. Lascia, tra altri lavori, un Trattato di Farmacologia e Terapia ed uno studio sulla secrezione urinaria, pubblicato nel 1917 e che ebbe larga eco.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Mediz. Klinik, 25 sett. — J. WIESEL. Incremento dei morbi di Basedow e delle tireosi a Vienna e loro trattam. iodico. — Inchiesta sul trattam. del carcinoma del crasso.

Brit. Med. Journ., 26 sett. — A. J. COPELAND e H. T. P. NOTTON. Le borocaine: nuova classe di anestetici locali.

Journ. Amer. Med. Assoc., 5 sett. — H. B. SPRAGUE e al. Disturbi visivi da digitale. — B. J. LLOYD. La peste: presente, passato e avvenire. — R. V. DAY. Problemi urologici. — 12 sett. E. G. ZABRISKIE. Fattori sconosciuti nella determinaz. delle mal. nerv. — W. THLKIMER. Per ridurre i rischi chirurgici. — D. F. JONES. Chirurgia addominale nel diabete.

Amer. Journ. Med. Sc., sett. — J. SAILER. La leptospirosi itteroemorragica (morbo di Weil). — V. LYON e W. SWALM. La giardiasi. — R. W. DUNHAM. Estratto splenico e midollo osseo nella tbc. polm. — F. M. POTTEUGER. Accresciuta permeabilità dei vasi sang. ed emottisi. — L. TUFT. L'ascesso subfren.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 sett. — A. CASTELLANI. Prurito anale e vulvare di origine micotica.

Amer. Medic., ag. — L. BALDAUF. La sindrome di Gradenigo. — E. KORNITZER. Disturbi dell'urinaz. e loro signific. clinico.

Giorn. di Clin. Med., 20 sett. — G. DONINI. Febbre tubercolare a forma tifoide.

Arch. Ital. di Chir., 1. — G. CAVINA. Splenectomia per cisti da echinococco. — A. RINDONE. Trapianti muscolari. — E. PIRONDINI. Errore nel cateterismo ureterale.

Spitalul, sett. — I. NICOLESCO e D. RAILEANU. Lesioni del sist. nerv. centr. nel diabete mellito.

Arch. di Farmac. sperimentale ecc., 15 lug. — A. CHISTONI. Colloide di bismuto. — 15 ag. A. GELATA. Azione biologica del chinino.

Lancet, 26 sett. — A. EDMUNDS. « De minimis » — F. W. TWORT. Lisina batterica trasmissibile.

Zbl. f. Chir., 3 ott. — B. MARTIN. Trattam. della gastroptosi. — B. WEGLOWSKI. Trapianti vascolari.

Riforma Med., 14 sett. — L. GIUFFRÈ. Tachipnea e nevrosi respiratoria.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 27 sett. — L. AJELLA. Emartromi della milza.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 1 ott. — L. DE LISI, A. BUSINCO. Anat. patologica e patogenesi dell'encefalite epidem. cronica.

Medicina Ibera, 26 sett. — S. RECASÉNS. Az. biologica dei raggi X dal punto di vista ginecologico.

Minerva Med., 30 sett. — A. BUSACCA e A. TATTONI. Rapporti tra xantomatosis bulbi e ipercolesterinemia. — B. VASOIN. Az. tossica del paracresolo.

Lancet, 3 ott. — F. W. RUSSELL. L'albuminuria ortostatica. — I. GILMOUR. Cura chirurgica della paralisi brachiale ostetrica.

Folia Med., 30 sett. — F. BELLELLI. Febbre e ipotermie nei neoplasmi maligni.

Annali d'Ig., sett. — M. CALDERINI. Batteri violacei delle acque. — G. VERCELLANA. Sensibilità alle sostanze tossiche nell'avitaminosi.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., sett. — I. C. RUBIN. Endoscopia uterina. — H. S. CROSSEN. Progressi nella cura operativa dei retrospostamenti uterini. — E. B. PIPER. Impiego endovenoso del mercurocromo. — F. E. KEENE. Ulcera sconosciuta della vescica.

Arch. Ital. di Chir., 6. — A. CIMINATA. La secrezione gastrica. — E. MOMIGLIANO. Sulla gravid. tubarica recidivante. — Resoconti.

Arch. Ital. di Urol., 1. — A. FOSSATI. Il rene fuso nel quadro radiologico. — E. PIRONDINI. Cosidette «barre» del collo vescicale. — O. NUZZI. Inversione renale congenita.

Journal Am. Med. Assoc., 19 sett. — C. JACKSON e al. L'ematemesi. — O. H. MARSHALL. Elefantiasi sifilitica dello scroto. — A. C. IVY. Cause della secrez. gastr. — W. WALTERS e W. F. MAYO. Funzione anormale del fegato.

Haematologica, apr. — E. REVERDINO. Reaz. del mastice e reaz. di Wassermann nelle malattie oculari. — G. SPAGNOLIO. Modificazioni del sangue nei malarici trattati coi raggi X. — A. VIOLATO. Indice di viscosità del siero e sue variaz. nelle fratture.

Münch. Mediz. Woch., 2 ott. — L. NÜRNBERGER. Diagnosi e terapia delle infezioni puerperali da bacillo gassoso di Fränkel. — GUNDEL e H. HIMSTEDT. Antagonismi batterici nelle culture. — E. F. MÜLLER e a. Sul meccanismo d'azione dell'insulina.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII — Roma, 10 Maggio 1926 — Fasc. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

EPIDEMIOLOGIA.

La peste bubbonica, i ratti e le pulci.

Prof. A. LUSTIG.

Ormai da 30 anni la peste bubbonica infierisce in India, facendo particolarmente sentire i suoi terribili effetti nei centri urbani più densi di popolazione e ripetendosi con un decorso ciclico annuale molto caratteristico. Per la prima volta il compianto Gino Galeotti mise in evidenza nei primi anni della epidemia (1896-'97-'98) tale decorso ciclico, valendosi allora dei dati statistici settimanali da lui raccolti nei vari uffici sanitari: egli così dimostrò che le epidemie pestose cessano o quasi nella stagione estiva, si riaccendono nel mese di ottobre per arrivare ad un massimo di intensità nel febbraio e marzo, e decrescono infine gradatamente nei mesi successivi (1).

Tale periodicità nello svolgersi delle epidemie — anche oggi la si riscontra tale quale — fu messa in relazione con le epizoozie di ratti (mus decumanus o rattus norvegicus o epimys norvegicus, epimys rattus, mus alexandrinus): sono questi animali che mantengono vivi i focolai di peste, vivendo numerosi nei luoghi abitati dall'uomo, ove trovano il loro alimento.

Sembra accertato che la recrudescenza della infezione — ne siano pure il tramite anche le pulci infette — corrisponde ai periodi di riproduzione dei topi: la diminuzione estiva inoltre dovrebbe essere messa in relazione col fatto che in estate, quando trovano alimento nella campagna, i topi lasciano i luoghi abitati per disperdersi nei campi. A conferma di questo modo di spiegare l'andamento della infezione pestosa basta riferire gli interessanti dati statistici a cui si è giunti nel Laboratorio Batteriologico di Bombay esaminando metodicamente i topi catturati o trovati morti nella circoscrizione di quella vasta città.

Nel 1924 nel *Plague Department* del Laboratorio stesso e sotto la guida del Lieut. Colonel F. P. Mackie O. B. E. M. D., ecc., sono stati esaminati in tutto 702,007 topi: di questi 243,255 furono catturati vivi, gli altri 458,052 furono trovati morti. Di questi ultimi 326,291 furono esaminati batteriologicamente e 3374 risultarono sicuramente infetti di peste: la percentuale quindi di topi infetti sul totale di quelli esaminati fu di 1.6 %. Con un materiale così abbondante fu anche possibile se-

(1) Veggasi capitolo: *Peste bubbonica*, ecc., in LUSTIG. *Trattato delle Malattie Infettive*, vol. II, 2ª Edizione. Milano, Vallardi, 1923.

guire l'andamento dell'infezione pestosa parallelamente negli uomini e negli animali, confrontando i decessi per peste di quindici in quindici giorni colla percentuale di topi riconosciuti infetti sul totale dei topi trovati morti nello stesso periodo di due settimane. Si è visto così che al massimo di mortalità per peste, riscontrata come negli anni precedenti anche nel 1924 nel mese di marzo, è corrisposta la percentuale più alta di topi infetti rispetto a quella degli altri mesi, cioè il 3.4 %. La stretta correlazione fra andamento della infezione nell'uomo e la maggiore o minore diffusione della stessa infezione nei topi appare indubbia anche per il fatto che le oscillazioni, che si verificano nel decorso della epidemia fra gli abitanti di Bombay durante tutto il 1924, trovarono una perfetta corrispondenza nella variazione della percentuale di topi trovati infetti sul totale dei topi catturati..

Anche Hunter nel *Tropical Diseases Bulletin* (vol. 22, n. 10, 1925, pag. 771), descrivendo in una accurata pubblicazione la peste a Kenya, mette in evidenza la correlazione che esiste fra la frequenza della peste umana e la peste dei rosicanti (R. rattus norvegicus, R. rattus kyalicus, R. rattus fangiverus). Parimenti dimostrative sono le relazioni sul decorso della peste nell'Africa del Sud, pubblicate nel *Bollettino dell'Office International d'Hygiène Publique;* eloquentissime pure le osservazioni intorno all'epidemiologia pestosa nell'India Britannica quali risultano dai rendiconti annuali del Lieut. Colonel I. D. Graham, Commissario della Sanità Pubblica del Governo dell'India, e del Lieut. Colonel Gill, direttore della Sanità Pubblica a Penyab. Da tutte le osservazioni antiche e recenti che le epidemie ed epizoozie di peste hanno permesso di fare, si trae un'unica importante conclusione: la lotta contro la peste non deve mirare che alla distruzione dei topi. Distruzione che deve essere metodica, minuziosa, completa, condotta con tutti i mezzi più efficaci *durante tutto l'anno*, in qualsiasi centro ove l'infezione pestosa si sia verificata. Per estirpare in una data regione la peste non vi è che da distruggere i topi: la soppressione dei topi porta di conseguenza la scomparsa di quegli insetti (pulci, ecc.), che sono, come è noto, trasmettitori dell'infezione da ratto a ratto, tra questo e l'uomo e viceversa.

Anzi, a proposito delle pulci dei ratti, che rappresentano i più comuni insetti trasmettitori del germe specifico, è interessante uno studio comparativo compiuto di recente dal *Public Health Service* degli Stati Uniti d'America in diversi porti marittimi, ove i ratti sono sempre numerosi e dove, nonostante gli attivi scambi che quei porti hanno con centri notoriamente infetti, non vi furono mai epidemie di peste. In due anni a New York si catturarono 4756 ratti, dei quali il 30 % era portatore di pulci: su 4408 pulci raccolte il 70 % era dato dalla specie *Ceratophyllus fasciatus* ed il 23.4 % dalla specie *Xenopsylla cheopis*. Queste percentuali non risultarono però costanti in tutti i mesi dell'anno: nel settembre e ottobre del 1923, ad esempio, il 50 % delle pulci osservate fu rappresentato dalla *Xenopsylla cheopis* mentre la più alta cifra di *Ceratophyllus fasciatus* fu riscontrata nei mesi di maggio, giugno e luglio.

Analoghe ricerche furono fatte nel 1923 a Boston, ove non si verificarono casi di peste, e a Nouvelle Orleans, ove invece nello stesso anno casi di infezione furono segnalati: in questo ultimo centro la *Xenopsylla cheopis* fu trovata in numero notevole durante tutto l'anno 1923 sui ratti catturati in quella parte della città dove i casi di infezione erano più numerosi, mentre i topi catturati nella parte della città ove non si riscontrò alcun caso di peste erano prevalentemente portatori di *Ceratophyllus fasciatus*. Fu constatato inoltre che a Nouvelle Orleans il numero di pulci trovato sui ratti era maggiore in confronto a quello verificato a Boston e New York.

Se queste pazienti e diligenti osservazioni riferite da noi brevemente hanno chiaramente dimostrato l'importanza, oltrechè dei topi, delle pulci, anzi di alcune specie di pulci, nella epidemiologia della peste, si comprende con facilità come al problema della distruzione dei ratti sia strettamente collegato quello della distruzione delle pulci. Intorno a tale questione puramente pratica vi sono ancora delle incertezze, poichè non si ha la sicurezza di poter conseguire lo scopo coi mezzi finora usati. Tiwari (1) ha sperimentato in India il « Neem-Battis », fumigazioni per le quali fu possibile uccidere in pochi minuti i ratti e le loro pulci. Sembra quindi che questo metodo di disinfestazione usato nelle abitazioni sia efficace, mentre per il metodo usato allo stesso scopo da Lal e Tiwari, a base di fumigazioni di cresolo, è lecito avere dei dubbi circa la sua utilità e i suoi vantaggi.

Non sarebbe qui a posto un esame critico della complessa questione della disinfestazione: l'argomento è troppo importante e meriterebbe di essere svolto separatamente.

Marzo, 1926.

---

(1) Nella: *Indian Medical Gaz.*, vol. 60, n. 71, 1925, e nel: *Sanation Supplem. of the Tropical Diseases Bulletin*, n. 31, 1925, si trovano i particolari del metodo usato dal Tiwari.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI BELLUNO.

Contributo allo studio del cosidetto «stomaco vascolare pulsatile».

Prof. GINO PIERI, chirurgo primario.

Con questa espressione Delore, Comte e Labry hanno descritto recentemente (1) una sindrome caratterizzata dalla frequenza di gastrorragie imponenti delle quali l'intervento laparatomico non trova la causa in speciali lesioni patologiche, e permette solo di riscontrare un caratteristico aspetto dello stomaco: i vasi, sopratutto quelli della grande curvatura, appaiono ipertrofici, tortuosi, fortemente pulsanti e trasmettenti pulsazióni alla parete gastrica.

Circa la patogenesi di questa sindrome essa sarebbe molto oscura:

« Nous ne croyons pas à une compression locale, ni à un état infectieux... Il semblait s'agir d'un phénomène vasculaire purement local, nullement lié a un état général... Peut-être une malformation vasculaire ou des phénomènes vaso-moteurs peuvent être invoqués ».

Come cura furono adottate le legature multiple frazionate dei vasi dello stomaco. L'operazione datava, al momento della pubblicazione, in un caso da 5 anni, in uno da 5 mesi, e da allora le emorragie non si erano ripetute.

La lettura del citato articolo mi ha richiamato alla memoria un caso analogo, anzi identico, da me osservato nel 1924, e nel quale io fui indotto all'intervento esclusivamente dal sintomo delle emorragie di origine gastrica. In esso riscontrai appunto il quadro anatomico ora descritto dagli autori francesi, che mi lasciò, come si può comprendere, perplesso, sia rispetto alla interpretazione dei fatti, sia rispetto alla condotta operatoria. Ho richiamato per ulteriori esami la malata in questione, e di essa riferirò la storia clinica, facendola precedere dal riassunto dei due casi che servirono di base alla descrizione della sindrome.

CASO I (DELORE, COMTE e LABRY). — Donna di 36 anni. Da due anni emorragie intestinali che la hanno fortemente anemizzata. Disturbi dispeptici vaghi e dolori epigastrici variabili. Nulla di obbiettivo. [Non viene fatto cenno nè dell'esame radioscopico dello stomaco, nè di esame del succo gastrico].

Operazione (5 settembre 1916). Laparotomia mediana sopraombelicale. Nulla si trova, tranne lo anormale sviluppo delle arterie dello stomaco, il quale è un poco dilatato, ma non ispessito. Gastroenterostomia posteriore transmesocolica. Legatura in due punti (distanti l'uno dall'altro 2 cm.) della coronaria stomacica e dell'arcata gastroepiploica.

Postumi operatori normali.

La malata riveduta nel 1921 non aveva presentato più ematemesi.

CASO II (DELORE, COMTE e LABRY). — Uomo di 35 anni, con disturbi dispeptici fin dal 1915. Nel 1917 fu praticata gastroenterostomia. Il 1° giugno 1925 gravi melene che continuarono fino al giorno della operazione (15 giugno).

La radioscopia mostrò uno stomaco piccolo, senza deformazioni; bocca di gastroenterostomia funzionante normalmente.

La laparatomia dimostrò, oltre il caratteristico aspetto dei vasi, assenza di lesioni gastriche. Fu praticata una larga incisione della parete gastrica a livello del piloro, il che permise di confermare l'assenza di ulcerazioni, e di constatare come la superficie di sezione della parete gastrica sanguina abbondantissimamente, a getto. Poichè l'arteria gastroepiploica destra pareva la più sviluppata, fu legata in quattro punti, fino a ottenere la cessazione delle sue pulsazioni, e vicino al piloro venne sezionata fra le legature.

Postumi operatori normali.

Il malato, riveduto nel novembre (cinque mesi dopo l'operazione) non aveva più avuto emorragie.

CASO III. — D'A. Domenica, di anni 58, da Selva di Cadore. Entra in Ospedale il 3 ottobre 1924.

Maritata, con tre figli. Menopausa a 53 anni.

Nulla di importante nell'anamnesi remota.

È stata sempre bene fino al 9 maggio 1921, quando improvvisamente e senza nessun disturbo ebbe per la prima volta una abbondante ematemesi (l'ammalata dice di aver vomitato oltre un litro di sangue scuro). D'allora avvertì senso di debolezza, malgrado si nutrisse bene e l'appetito fosse cospicuo. Seguirono altre due ematemesi, una il 9 maggio 1924, e l'altra il 9 settembre, le quali si ripeterono con i medesimi caratteri della prima. L'ammalata dice che le ematemesi sono precedute di circa 10 minuti da lieve capogiro e senso di smarrimento; quindi si inizia il vomito. L'alvo si mantiene normale. La malata non accusa disturbi di sorta, tranne il senso di debolezza, che si è accentuato dopo l'ultima ematemesi.

È una donna robusta, in discrete condizioni di nutrizione, ma con notevole pallore della cute e delle mucose. Polso 80, abbastanza valido e ritmico. Nulla all'esame dei polmoni e del cuore, all'infuori di un soffio sistolico alla punta. Le pareti addominali abbastanza toniche. Il fegato in apparenza un poco impiccolito, la milza non aumentata di volume. Non esiste liquido libero nella cavità peritoneale. Non si palpano punti dolorosi alla pressione nè all'epigastrio nè altrove, nè tumefazioni a carico dei visceri addominali.

L'esame delle orine non dimostrò nulla di anormale.

Esame del succo gastrico dopo la colazione di prova:

Consistenza semifluida; colorito lattescente; notevole quantità di muco. Acidità totale 2.40 %. Aci-

(1) X. DELORE, H. COMTE, R. LABRY: *Contribution à l'étude des gastrorragies de causes mal connues: estomac vasculaire pulsatile.* La Presse médicale, XXXIV, n. 6, 20 gennaio 1926.

do cloridrico libero 0.91 %. Emoglobina in tracce sensibili. Acido lattico in traccie minime.

Il giorno 8 ottobre procedetti alla laparatomia esplorativa, in narcosi eterea. L'operazione è così descritta nella cartella clinica:

« Laparatomia mediana sopraombelicale. Lo stomaco ha dimensioni medie. Nulla si constata in esso di patologico all'infuori di uno straordinario sviluppo delle arterie: la coronaria, le gastrcepiploiche sono molto aumentate di volume, grosse come lombrichi, molto tortuose, fortemente pulsanti. Le vene hanno un calibro corrispondente a un terzo di quello delle arterie. Sutura totale della incisione laparatomica a tre piani ».

Seguì normale guarigione operatoria. La malata fu dimessa per guarigione il 23 ottobre 1924.

Richiamata per ulteriore esame, si presenta il 24 febbraio 1926.

Le ematemesi non si sono più ripetute. Per consiglio del medico curante dott. Manzoni ha fatto per circa un anno cura di ipotenina (nel dubbio che le alterazioni dei vasi gastrici fossero legate ad un processo di arteriosclerosi) e la ha sospesa da quasi un mese. Nell'ultimo inverno ha avuto dolori articolari alle mani e ai gomiti, senza febbre, durati pochi mesi. Ha appetito; digerisce bene; non avverte disturbi gastrici di sorta; non stipsi.

Le condizioni di nutrizione sono discrete; persiste però discreto pallore. Evidenti pulsazioni dell'angolo epigastrico; la palpazione dimostra l'aorta addominale fortemente pulsante.

Non dolori alla palpazione dell'epigastrio.

Pressione sanguigna al Riva-Rocci: 125.

Esame radiologico dello stomaco (dott. Lapenna):

Lo stomaco si riempie bene, in modo normale Stomaco alto, sinistro, non aumentato di volume nè alterato di forma. Non si osservano pulsazioni dell'ombra gastrica. La peristalsi è viva, profonda: le onde si formano in corrispondenza della parte più bassa della piccola curvatura, e lì si susseguono profonde, formando quasi delle saccoccie diverticoliformi. La peristalsi si succede con ritmo frequente e continua ugualmente dopo 30 minuti dal primo esame.

Nessuna alterazione a carico delle due curvature, del piloro, del duodeno. Nessun punto dolente. Vuotamento abbastanza rapido, e completo dopo 5 ore, senza residui.

Analizziamo brevemente i dati che si desumono dalle precedenti storie cliniche.

Lo stomaco vascolare pulsatile è stato finora constatato in tre soggetti, due di sesso femminile (rispettivamente di 35 e di 58 anni) e uno di sesso maschile e di età di 36 anni.

Non sempre nell'*anamnesi* si rilevono sintomi clinici a carico dell'apparato digerente. Nel 1° caso disturbi dispeptici vaghi e dolori epigastrici variabili. Nel 2° caso disturbi dispeptici da dieci anni, pei quali fu praticata dopo circa due anni dall'inizio di essi una gastroenterostomia. Nel 3° caso l'appetito era ben conservato, le funzioni gastriche e intestinali normali.

Le emorragie in due casi (1° e 2°) si verificarono esclusivamente attraverso l'intestino, nel 3° caso si ebbero invece ematemesi. In un caso (1°) le emorragie si ripetettero frequentemente per due anni, nel 2° caso si verificarono frequenti emorragie per la durata di 15 giorni, che si arrestarono con l'operazione. Nel 3° caso si ebbero invece tre violente ematemesi col rispettivo intervallo di 3 anni e poi di 4 mesi.

È probabile che oltre le abbondanti emorragie manifeste si verifichino negli intervalli delle emorragie occulte. In tal senso parlerebbe il fatto che nel nostro caso nel succo gastrico si constatarono traccie sensibili di emoglobina malgrado fossero trascorsi 26 giorni dalla ultima ematemesi.

L'*esame clinico* non dimostrò mai nulla di speciale a carico dello stomaco.

L'*esame del succo gastrico*, praticato solo nel nostro caso, dimostrava una acidità superiore alla norma (2.40 0/00), presenza di acido cloridrico (0.91 0/00), traccie di acido lattico, emoglobina presente e in discreta quantità.

L'*esame radiologico* in un caso (2°) dimostrò uno stomaco piccolo e senza deformazioni (era stata praticata otto anni prima una gastroenterostomia). Nel nostro caso lo stomaco appariva di medie dimensioni, e animato da vivace peristalsi, non pulsazioni nell'ombra gastrica. L'esame radioscopico non sembra possa portare dunque alcun aiuto alla diagnosi.

L'*esame anatomico* dello stomaco praticato alla operazione dimostrò cospicuo aumento di volume e tortuosità dei tronchi arteriosi, con vivaci pulsazioni che si trasmettono alla parete gastrica. L'ispezione della mucosa in un caso (2°) non rivelò presenza di ulcerazioni o erosioni. La sezione della parete gastrica (2° caso) dimostrò una straordinaria vascolarizzazione: la superficie di sezione sanguinava a getto.

La *pressione sanguigna* nel nostro caso era pressochè normale (175 mm. al Riva Rocci). Nei due casi di Delore, Comte e Labry viene accennato di passaggio allo stato della pressione sanguigna (« i due operati avevano una tensione normale ») senza riferire cifre.

Per quanto riguarda la *terapia* di questa singolare affezione, l'intervento operatorio, oltrechè permettere una diagnosi precisa rivelando le caratteristiche anormalità vasali, consente di praticare una cura chirurgica legando frazionatamente le arterie della grande e piccola curvatura (casi 1° e 2°).

È difficile dire, data la scarsezza dei casi finora studiati, se sia possibile una cura medica di tale sindrome. Nei due casi di Delore, Comte e Labry si accenna sommariamente che « la terapeutica medica era stata istituita ed aveva fallito », senza ulteriori dettagli. Nel nostro caso, malgrado io non avessi praticato la legatura arteriosa, la g a-

rigione (nel senso del non ripetersi delle emorragie) persiste da un anno e mezzo; ma solo il decorso ulteriore ci dirà se essa sia definitiva. Anche più difficile è giudicare se e in quanto al non ripetersi delle emorragie abbia contribuito la prolungata cura con la ipotenina.

OSPEDALE CIVILE DI CARRARA.

Ulteriore contributo clinico alla sutura del cuore.

Dott. GIACOMO BUFALINI
Chirurgo primario e direttore.

Rendo noti due nuovi casi di sutura del cuore per ferita di arma da taglio operati da me l'uno nel 1910, l'altro nel 1913. Sono così cinque le operazioni di tal genere che ho avuto l'opportunità di eseguire nel breve spazio di cinque anni. La provvida Legge sul coltello emanata di poi, ha reso più rara questa specie di lesioni.

Tre casi furono già pubblicati:

Il primo (1) interessa certo T... U..., di anni 27, che operai nell'agosto del 1907 per ferita al ventricolo destro del cuore. Guarì perfettamente ed ora fa il facchino a Roma in ottime condizioni di salute.

Il secondo riguarda certo S... C... (2) di 27 anni, che nell'ottobre del 1907 aveva ricevuto dal padre una ferita di coltello al ventricolo destro del cuore. Praticai la sutura della ferita e guarì regolarmente. Vive tutt'ora in Fossola, borgata di Carrara e fa il cavatore di marmo. Su questo caso ha pubblicato pochi mesi addietro nella Sezione pratica del *Policlinico* una breve nota il dott. Cecchini, che ebbe occasione di vederlo e di studiarlo (3).

Il terzo è relativo a certo P... A... (4) di anni 21, carrarese, che il 3 febbraio 1908 era stato ferito di coltello all'orecchietta destra del cuore. Suturai la ferita e guarì in poche settimane. Apprendo ora che da pochi anni è morto per tubercolosi polmonare; era già tossicoloso quando l'operai.

Il quarto caso è quello che desidero ora rendere di pubblica ragione. Si riferisce a certo B... E..., di anni 32, da Codena, cavatore, il quale alle una del 10 ottobre 1910 fu portato nell'ospedale con quattro ferite di coltello: due erano alla regione posteriore della spalla sinistra, una presso la base del costato sinistro lungo la linea ascellare anteriore ed una subito sotto la papilla mammaria sinistra, un centimetro all'interno di essa. Questa penetrava nel cavo pleurico; nei movimenti respiratori si sentiva da essa entrare ed uscire aria.

Lo stato generale apparente del malato era buono: aveva fisonomia calma, colorito roseo, sensorio vigile; ma la respirazione era frequente e superficiale, e le pulsazioni del cuore erano appena percettibili alle radiali e oscillavano da 150 a 160 al minuto. Coll'ascoltazione si sentivano lontani ed oscuri i toni del cuore.

Raccontava di essere stato ferito in rissa tre ore prima; di avere rincorso per circa 150 metri il feritore, di averlo raggiunto, di avere nuovamente colluttato con lui e di essersi poi recato a piedi a casa da solo, percorrendo un trecento metri, dei quali cento almeno in salita; di essersi spogliato, messo in letto e di avere mandato poi per il medico. Questi accorso, ne ordinò l'immediato trasporto all'ospedale, ove giunse un'ora dopo mezzanotte. Il fatto avvenne a Codena, borgata montuosa a tre chilometri da Carrara. Mentre nell'ospedale preparavo il necessario per l'operazione, l'infermo fu colpito da una grave lipotimia e sembrava spirasse; ma poi si riebbe e riprese la fisonomia di prima.

L'operazione fu praticata nella eteronarcosi, con lo stesso metodo seguito negli altri tre casi, e fui coadiuvato dal dott. Amerigo Gianfranchi, mio aiuto e dal dott. Girolamo Danesi, narcotizzatore. Incisi il quarto spazio intercostale dalla papilla mammaria alla linea mediana dello sterno, comprendendo nella incisione la ferita, che, come ho detto, penetrava nel cavo pleurico. Potei così constatare che aveva direzione obliqua dall'esterno all'interno, e che nella cavità pleurica si era raccolta una discreta quantità di sangue. Completai l'apertura della pleura per tutta la lunghezza della incisione cutanea e prolungai quest'ultima in alto e in basso lungo il margine sinistro dello sterno; in modo da avere la figura di un T rovesciato, del quale l'asta lunga corrispondeva allo spazio intercostale e quella breve al margine sinistro dello sterno. Allacciai l'arteria mammaria interna, che avevo così dovuto tagliare, dissecai dallo sterno la cute e il periostio e dal suo margine sinistro distaccai l'inserzione della quarta e della quinta cartilagine costale. Allontanando fra di loro con divaricatori queste coste mi fu possibile avere uno spazio abbastanza ampio per vedere il cellulare retrosternale infiltrato di sangue e scoprire nel pericardio un occhiello di due centimetri circa, dal quale a getto usciva del sangue in quantità. Per rendere più grande questo spazio e dominare meglio la ferita del pericardio, resecai a pezzetti con una tanaglia ossivora, gran parte della metà sinistra dello sterno in quel tratto al quale si inserivano le cartilagini costali. Afferrai con pinze i margini della ferita del pericardio e la ingrandii in alto e in basso colle forbici.

Ripulita la sacca pericardica del sangue che conteneva, potei scorgere verso la base del ventricolo sinistro una ferita nella quale rapidamente introdussi la punta dell'indice sinistro, che mi servì ad arrestare l'emorragia e mi fu di guida per mettere un primo punto di sutura con seta, stirando sul quale potei avvicinare il cuore alla parete e metterne con relativa facilità altri due. L'emorragia fu così arrestata. Suturai poi la ferita del pericardio lasciandovi il passo ad un tubo di drenaggio. Altro tubo simile collocai nel cavo pleurico e restrinsi poi con sutura l'ampia ferita cutanea. Nell'esplorazione della ferita del miocardio, praticata in primo tempo, avevo avuto l'impressione sicura che questa penetrava nella cavità del ventricolo.

---

(1) G. BUFALINI. Archivio ed Atti della Soc. Ital. di Chirurgia, anno XIX, 1907; Riforma Medica, anno XXII, n. 49.

(2) G. BUFALINI. Clinica Chirurgica, 1909.

(3) E. CECCHINI. Policlinico, Sez. prat., anno 1925.

(4) G. BUFALINI. Clinica Chirurgica, 1909.

Terminata l'operazione le condizioni dell'infermo si erano fatte assai gravi; il polso si sentiva appena ed era divenuto frequentissimo. Praticai subito perciò una fleboclisi introducendo grammi 1500 di siero fisiologico in una vena del braccio, che fu di immediata efficacia. L'andamento successivo all'atto operativo nei primi giorni fu burrascoso. Si formò nel cavo pleurico sinistro una raccolta siero-ematica abbondante, che, non potendosi vuotare per il tubo a drenaggio sito anteriormente richiese una toracotomia posteriore declive, che feci il secondo giorno dopo l'operazione. Tolsi contemporaneamente il drenaggio dal cavo pericardico. Dopo, le condizioni del malato, lentamente, ma progressivamente migliorarono, tanto che il 29, ossia 19 giorni dopo l'operazione, egli potè lasciare il letto. Ho riveduto in questi giorni, dopo 15 anni, il B... ed ho constatato che è sano, robusto, svelto, asciutto e ben colorito sebbene forte bevitore di vino. Esercita il faticoso mestiere di cavatore che lo obbliga ogni mattina a recarsi ai monti, cosa che fa senza risentire fastidio, ed appartiene alla categoria degli *uomini scelti* i quali sono retribuiti con un salario giornaliero di lire 26.65. Durante la guerra non fu preso nei militari perchè privo di quasi tutti i denti dei mascellari superiori, e di gran parte di quelli della mandibola, ma non perchè fosse stata rilevata l'esistenza di qualche difetto nelle funzioni cardiache e in quelle respiratorie. Libero del servizio militare, andò al fronte come minatore e dal 1915 vi rimase fino alla conclusione della pace.

All'esame obbiettivo oggi si osservano i fatti seguenti: sulla parete anteriore del torace, a sinistra della linea mediana dello sterno, vi è una cicatrice che ha la forma di un T rovesciato. Una branca di questa è rappresentata da una linea cicatriziale lunga 10 centimetri che costeggia il margine sinistro dello sterno e va dal terzo al quinto spazio intercostale; palpandola si sente che il margine dello sterno in quel tratto corrispondente all'inserzione della quarta e quinta cartilagine costale, non è rettilineo ma curvo a concavità esterna per un'ampia incisura in essa scavata. L'altra branca del T è formata da una cicatrice sita nel quarto spazio intercostale che appare più largo degli altri, è alquanto infossata e giunge all'esterno fino alla papilla mammaria.

Il punto in cui la cicatrice orizzontale si unisce alla verticale è un poco avvallato a guisa di ombelico, cede sotto la pressione del dito e pulsa trasmettendo le contrazioni del cuore: rientra, cioè, nella sistole e sporge durante la diastole.

Evidentemente in questo punto la cicatrice cutanea aderisce al pericardio e questo al cuore. Questo tratto pulsante della cicatrice, grande quanto una moneta da un centesimo, corrisponde al punto per il quale un drenaggio penetrava nel pericardio, drenaggio che fu di grandissima utilità, poichè favorì l'uscita ad un'abbondante quantità di siero ematico che nei primi due giorni dopo l'operazione inzuppò la medicatura. Le estremità sternali della quarta e della quinta costa fanno una lieve sporgenza sotto alla pelle, ma sono saldamente fissate allo sterno.

Il cuore è nei limiti; la sua punta batte nel quinto spazio intercostale sulla linea emiclaveare. I suoi toni sono netti. Nessuna differenza per ritmo e per ampiezza esiste fra i due polsi alla radiale. Perfetta è la funzione dell'apparato respiratorio.

Anche in questo caso dunque il risultato immediato e lontano dell'atto operativo eseguito è stato quanto mai soddisfacente: quattro operazioni e quattro guarigioni di lesioni del cuore, che fino a pochi anni or sono si ritenevano insanabili!

Non ebbe ugual fortuna il quinto caso.

Interessa certo D. G., di anni 20, cavatore, di Carrara, che il 1° novembre 1913, alle 21.30 fu ferito con due colpi di coltello presso la inserzione del muscolo retto addominale sinistro all'arcata costale, e al costato sinistro un poco all'interno e al disotto del capezzolo. Fu portato nell'ospedale di notte alle 21.30 del giorno 2 in condizioni gravissime per la quantità di sangue perduto. Il polso si sentiva appena e il ferito era in preda ad una smania grandissima. La ferita addominale larga 3 centimetri, penetrava in cavità e da quella toracica passava aria durante i movimenti respiratori: era dunque aperto anche il cavo pleurico. Nel momento detti maggiore importanza alla ferita addominale nel dubbio che interessasse qualche ansa intestinale e praticata al malato una iniezione di caffeina feci la laparotomia. Trovai che era stato leso il lobo sinistro del fegato, e osservai che dalla ferita di esso gemeva sangue in quantità. La suturai e rapidamente cucii la ferita laparotomica. Essendosi il polso fatto nuovamente piccolissimo, praticai una fleboclisi alla piega del gomito sinistro, introducendo grammi 1500 di siero fisiologico. Mi posi così in grado di potere continuare l'operazione sul torace, poichè dubitavo, per la notevole quantità di sangue perduto da questa ferita, per la qualità del polso e per le frequenti lipotimie che anche il cuore fosse stato leso.

Colla tecnica già seguita nei casi precedenti, riuscii in pochi minuti a mettere a nudo la superficie anteriore del cuore e a scoprire sulla faccia anteriore del ventricolo sinistro una ferita diretta trasversalmente, larga due centimetri, dalla quale il sangue usciva a fiotti. La suturai con cinque punti di filo di seta. Misi nel cavo pericardico un tubo drenaggio e una striscia di garza nella cavità pleurica. Chiusi quindi la ferita cutanea lasciandovi il passo per questi drenaggi.

L'atto operativo fu compiuto interamente nella narcosi eterea coll'assistenza del mio aiuto dott. A. Gianfranchi e della dottoressa signorina Zuliani.

Trenta ore dopo l'operazione, vissute in preda a grandissima agitazione ed affanno, il D... cessò di vivere. Non ebbe febbre e il polso si mantenne frequentissimo.

La necroscopia fatta per ordine dell'autorità giudiziaria rilevò i fatti seguenti: nessun segno di infezione nella ferita operatoria della parete addominale e in quella toracica. La sutura del fegato era in ottime condizioni; nessun altro viscere addominale era stato ferito; nessun segno esisteva di peritonite. La sutura del cuore era riuscita alla perfezione, nè erano in essa segni di reazione infiammatoria. La ferita misurava due centimetri e penetrava nella cavità del ventricolo, entro la quale entravano tre dei punti di sutura. Nè siero, nè sangue era raccolto nel pericardio. Il polmone sinistro era afflosciato nel lobo inferiore e congesto notevolmente nel superiore. Causa della morte fu giudicata il collasso dovuto alla gravissima perdita di sangue sofferta, e la rapida soppressione della funzione respiratoria del polmone sinistro per il pneumotorace formatosi.

Dalla statistica recentemente raccolta dal dott. Ernesto Montanari (1), forse la più completa, risulta che le cardiorrafie fatte in Italia fino al 1923 sono state 99, con 65 morti e 34 guarigioni. Di queste due ha ottenuto il Giordano su tre operati, due il Guidone su quattro, due l'Antonucci su tre; e tre guarigioni su tre operati le ho ottenute io.

Le altre 25 spettano a 25 diversi operatori. Se ai miei 3 casi che figurano in detta statistica, si aggiungono i due che ora pubblico, risulta che io ho quattro guarigioni sopra cinque interventi. Ma l'operato perduto non deve pesare troppo sulla bilancia della mia statistica, dato che aveva riportato oltre alla ferita del cuore anche una ferita grave del fegato.

Alla tecnica da me seguita in questi cinque interventi ritengo siano in gran parte dovuti gli ottimi risultati ottenuti, tecnica che si scosta da quella consigliata generalmente dai trattati e che va preferita per la sua semplicità e rapidità di esecuzione. Con essa sono sempre riuscito a scoprire in pochi minuti le ferite del cuore. Desidero pertanto intrattenermi alcun poco sui suoi particolari.

Come risulta da quanto ho esposto, ha consistito in questo:

Se la ferita è a sinistra della linea mediana dello sterno: praticare lungo il margine sternale sinistro una incisione di otto o dieci centimetri (dalla inserzione della terza cartilagine costale alla sesta), profonda fino all'osso, e da questa condurne un'altra nello spazio tra la quarta e quinta costa di circa 10 centimetri, profonda fino ai muscoli intercostali interni, in modo da formare con la prima un T rovesciato; dissecati per un tratto conveniente i due lembi che vengono ad assumere una forma triangolare e che risultano uno superiore, l'altro inferiore, si passa a distaccare dallo sterno l'inserzione cartilaginea della quarta e quinta costa. A questo punto bisogna procedere con grande cautela per evitare di aprire il cavo pleurico. Con questa avvertenza si approfonda l'incisione nello spazio fra dette due coste fino ad interessare i muscoli intercostali interni; e si scopre l'arteria mammaria interna, che viene sezionata fra due legature. Divaricando fortemente le due coste e retraendo il margine polmonare sinistro se necessario, è già possibile scoprire una parte del pericardio; ma se ne completerà la esposizione, fino a mettere in evidenza la ferita, resecando a pezzetti il tratto del margine sternale sinistro, al quale s'inserivano la cartilagine della quarta e quinta costa, spingendosi fino anche alla sua linea mediana, se necessario. Scoperta la ferita del pericardio conviene ingrandirla prolungandola in alto e in basso per modo da potere vuotare bene la raccolta ematica che sempre si trova nella sacca pericardica, e rendere possibile la scoperta della ferita del miocardio, sia colla vista, sia con un dito esploratore. La maggiore difficoltà nella esecuzione della sutura consiste nel mettere il primo punto; questo serve poi per fissare il cuore e avvicinarlo alla breccia toracica, rendendo facile l'applicazione dei punti successivi. Si procede quindi alla sutura del pericardio lasciando pescare nella sua cavità un tubo a drenaggio che viene tolto il secondo o terzo giorno, e infine alla sutura della pleura quando è possibile, se era stata lesa, lasciando dentro ad essa pure un drenaggio.

Se poi la ferita è a destra della linea sternale mediana, come in uno dei miei operati, il P..., nel quale il feritore aveva anche recisa l'inserzione sternale della sesta costa destra, allora la porzione di sterno da asportare colla tanaglia ossivora sarà quella a destra della sua linea mediana; e l'incisione intercostale sarà fatta nello spazio tra la terza e quarta costa destra o fra la quarta e quinta, a seconda della ubicazione della ferita.

In questo modo nel P... mi fu possibile scoprire la ferita del pericardio, sita dietro il corpo dello sterno, allargarla, trovare la ferita dell'orecchietta destra e cucirla.

Questa resezione a pezzetti (*morsellement* dei Francesi) della metà sinistra, o della metà destra dello sterno, per la lunghezza di quattro centimetri e larghezza di tre circa, mi ha reso assai facile scoprire la ferita del pericardio, senza aprire i cavi pleurici in due dei miei operati (S... e P...), nei quali non erano già stati aperti dal coltello feritore.

È infatti dietro allo sterno che si trova la porzione extrapleuropolmonare, o interpleuropolmonare della parete anteriore del pericardio, di forma irregolarmente triangolare, con la base corrispondente all'articolazione condrosternale della settima costa e l'apice alla terza articolazione condrosternale sinistra e che debordando un poco a sinistra dello sterno si mette in rapporto con la faccia posteriore delle cartilagini costali e dei rispettivi spazi intercostali. E questa resezione dello sterno, che costituisce la parte essenziale del metodo da me seguito, può essere praticata in pochi minuti. Il distacco poi dallo sterno della inserzione cartilaginea della quarta e quinta costa e l'incisione dello spazio che le separa, completa la breccia necessaria a scoprire in modo sufficiente l'area cardiaca.

(1) E. MONTANARI. *Chirurgia del cuore*. Cappelli editore, Bologna, 1923.

Altro notevole vantaggio di questa tecnica è di permettere all'operatore di seguire passo passo il tramite della ferita inferta all'ammalato e di procedere alla scopertura del cuore soltanto quando egli si è potuto accertare de visu che il pericardio è stato ferito.

I lembi costali a forma di U con cerniera interna od esterna, proposti nei trattati di Medicina Operatoria, non consentono questa prudenziale esplorazione, sono di esecuzione meno rapida, meno facile e determinano un trauma molto più grave, mentre non valgono a scoprire il cuore per una superfice maggiore di quella che si ottiene col metodo da me ideato ed eseguito. Per rimediare a tale inconveniente da taluni si è proposto di formare un lembo costosternale, ma seppure questo permette di scoprire con maggiore ampiezza il cuore, è di tecnica delicata e comporta un traumatismo grave, mentre le precarie condizioni del paziente esigono sempre la massima rapidità nell'intervento e il maggior riguardo allo stato suo. Si è giunti perfino a consigliare l'esecuzione di brecce così ampie da consentire l'introduzione di una mano nella sacca pericardica per afferrare il cuore, estrarlo o affiorarlo all'apertura fatta nel torace. Ma sono queste manovre inutili e dannosissime. La fenestra relativamente piccola fatta nello sterno col metodo mio ed ingrandita dalla divaricazione della quarta e quinta costa, liberate dalla loro inserzione sternale, è sempre sufficente per dominare tutta la faccia anteriore del cuore. I casi da me operati lo hanno chiaramente dimostrato. Se poi si ha cura di distaccare dallo sterno le parti molli col periostio, la guarigione definitiva e per la riproduzione dell'osso asportato, e per la ristabilita adesione ad esso delle coste che ne erano state distaccate, avviene in modo tale da non lasciare nè deformità, nè indebolimento dell'impalcatura del torace. Chi visita oggi i miei operati stenta a credere che sia stato loro asportata una così gran parte dello sterno.

Sul modo di mettere sul cuore i punti di sutura molto si discute nei trattati; chi è partigiano della sutura continua a sopragitto, chi dei punti ad U disposti perpendicolarmente alla ferita, chi dei punti staccati; chi vuole che i punti attraversino tutta la parete del miocardio e penetrino nelle cavità endocardiche, chi preferisce invece la sutura non perforante per evitare la possibile formazione di trombi e la lesione dei muscoli papillari ai quali è affidata la funzione delle rispettive valvole; chi consiglia infine di passare l'ago durante la diastole nel ventricolo destro e annodare il filo durante la sistole, chi di passare l'ago sul ventricolo sinistro durante la sistole. Sono queste concezioni e preoccupazioni teoriche, sorte nella mente di chi ha scritto e scrive su questa operazione senza essersi trovato mai nel caso di farla. Altrimenti avrebbe constatato che non è possibile nel cuore ferito, in preda ad una vera convulsione, che si contrae dalle 150 alle 160 volte al minuto, distinguere la fase sistolica dalla diastolica per mettere il punto durante l'una o l'altra, che non è possibile valutare la penetrazione dell'ago nel miocardio in modo da sapere se è o no entrato nelle cavità ventricolari o auricolari. Ciò che urge fare è di chiudere la ferita al più presto per arrestare l'emorragia e questo io l'ho in ogni caso ottenuto dando i punti come suol dirsi, a volo, nel miglior modo che era possibile; qualche punto avrà interessato solo la parete del miocardio, qualche altro sarà anche penetrato nella cavità del ventricolo, ma, come provano gli esiti ottenuti, senza avere cagionato alcun danno all'ammalato.

Sui trattati si discute pure se convenga chiudere la ferita del pericardio e quella eventualmente fatta nella pleura o se meglio sia lasciarvi un tubo di drenaggio. In tutti i miei operati ho messo nel cavo pericardico il tubo a drenaggio e ve l'ho lasciato per due o tre giorni, durante i quali ho sempre trovata la medicatura inzuppata di siero ematico; è evidente che se questo siero si fosse raccolto nella sacca del pericardio senza la possibilità di uscirne, avrebbe gravemente danneggiate le funzioni del cuore. E tale abbondante produzione di siero costituisce la regola per lo stato di iperemia determinatosi nella sierosa pericardica in conseguenza del trauma sofferto.

È ben vero che nel punto corrispondente al passaggio del tubo attraverso il pericardio e la cute, si è formata una sinechia tra questa e il pericardio e tra il pericardio e il cuore nei miei operati, ma tale fatto non ha cagionato e non cagiona in essi fastidio alcuno.

Il drenaggio del cavo pleurico si è pure mostrato utilissimo, quando la pleura era stata aperta; solo nel B... riuscì insufficiente e fu necessario dopo due giorni praticare la toracotomia nella regione posteriore del costato sinistro.

Ma oltre alla tecnica da me seguita, la bontà dei risultati ottenuti è dovuta alla scrupolosa asepsi che ho sempre osservata.

Non v'è intervento chirurgico che richiegga maggiore sangue freddo e maggiore prontezza di decisione della sutura del cuore; ma questa necessità di agire rapidamente non deve indurre, come può facilmente avvenire, a trascurare nessuna delle pratiche necessarie per la più scrupolosa asepsi durante tutto l'atto operativo, giacchè le statistiche dimostrano che la più gran parte delle morti dopo interventi di questo genere è dovuta a complicanze infettive.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

Sull'anatomia dell'ipofisi e sulla sua funzione.

(R. GREVING. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Band 89, Heft 4-6, februar 1926).

La distrofia adiposo-genitale e il diabete insipido indussero il clinico, l'anatomico ed il fisiologo a studiare l'ipofisi, l'organo situato in vicinanza del cervello medio. Il fatto che in queste malattie si osservavano spesso alterazioni patologiche dell'ipofisi condusse a considerarla come il punto centrale della spiegazione patogenetica delle due malattie. Si potè anche determinare che le lesioni della base del cervello medio producevano complessi di sintomi simili e si contrappose alla teoria ipofisaria una teoria centrale. Ma invece le alterate funzioni vengono regolate da un punto centrale, posto nella base del cervello medio, con la cooperazione dell'ipofisi. Avremmo dunque un sistema di regolazione composto di un centro nervoso nel cervello medio e nell'ipofisi, riuniti da un collegamento nervoso dall'A. dimostrato, che passa attraverso il peduncolo dell'ipofisi e termina nel lobulo posteriore dell'ipofisi. I risultati istologici che si trovano nella letteratura non ci danno alcun punto di appoggio. Nessuno degli AA. che si sono occupati della cosa ha osservato fibre nervose: tutti parlano di glia e che il gambo dell'ipofisi non contiene fibre nervose conduttrici.

Nei vari preparati della base del cervello medio impregnato di argento l'A. ha potuto seguire un forte fascio di fibre che passa attraverso il peduncolo dell'ipofisi e termina nella neuroipofisi.

I fasci di fibre si trovano ai due lati del peduncolo dell'ipofisi e mandano delle fibre nell'interno di esso. Col microscopio si possono seguire fino nell'interno nel tuber cinereum. Il fascio è formato da una serie continua di fibre parallele. Verso la periferia del peduncolo del l'ipofisi le fibre formano una fitta rete da cui partono fibre parallele che tendono verso il centro. Dopo un breve percorso descrivono un arco di cerchio e racchiudono delle piccole isole composte da un complesso di cellule e contenenti finissime fibre nervose. Ho osservato tali isole non solo nel peduncolo dell'ipofisi ma anche nel lobulo posteriore dell'ipofisi. Ciò dimostra che il tessuto non è formato da elementi gliosi ma di vere fibre nervose.

Le fibre dei fasci sono di varia grossezza e presentano talvolta degli ingrossamenti varicosi, sono anche accompagnate dalle tipiche cellule ovali dell'endoneurium. Facendo un taglio successivo si osserva che questi fasci di fibre partono dall'interno del tuber cinereum. Tagliando all'altezza del chiasma si segue ancora il fascio di fibre e non v'è dubbio che esso è identico a quello descritto dall'A. come tractus supraopticus inferior nel taglio frontale. È riuscito a seguire il fascio di fibre anche fino al nucleus supraopticus. Può dunque affermare che il nucleus supraopticus manda dei fasci di fibre nel peduncolo dell'ipofisi e nel lobulo posteriore di essa. Perciò chiama questo fascio di fibre tractus supraopticus-hypophyseus.

Questa osservazione anatomica fu confermata da Clara Kary la quale trovò degenerazione nei « tubercoli centrali e superiori » e specialmente nel « cosidetto ganglio basale ottico » in seguito a lesione del lobulo posteriore dell'ipofisi.

Dal peduncolo dell'ipofisi il fascio di fibre passa nel lobulo posteriore dell'ipofisi. Arrivato nella parte neurale dell'ipofisi s'irradia da tutte le parti, formando un fitto intreccio nervoso, in cui si scorge ogni tanto una « isola » composta di cellule, capillari e finissime fibre nervose. Morfologicamente le fibre nervose dell'ipofisi assomigliano a quelle del cervello, almeno se trattate con la medesima colorazione. Perciò l'A. si sente giustificato nel concludere che la pars posterior è composta principalmente di vere fibre nervose e non di glia.

Nei preparati si notano degli ammassi di granuli, talvolta intorno al nucleo cellulare e tal'altra liberi nel tessuto. Si tratta del pigmento descritto da A. Kohn. Egli lo considera come un prodotto di distruzione tanto più che aumenta con l'età.

Sorge ora il problema sul significato del tratto supraottico e dell'intreccio nervoso nel lobulo posteriore dell'ipofisi. Nè nella pars intermedia, nè nel lobulo anteriore ha mai potuto determinare una fibra nervosa. Per risolvere questo problema non v'è altra via che ammettere che la pars neuralis stia sotto l'influenza regolatrice del nucleo supraottico. Contemporaneamente sorge l'ipotesi che il lobulo posteriore rappresenti una glandola a secrezione interna, un concetto energicamente discusso.

Col concetto della funzione endocrina del lobulo posteriore dell'ipofisi avremmo un unico « sistema cervello medioipofisi » per la regolazione dell'economia dell'acqua. Una lesione di questo sistema, e perciò la comparsa del diabete insipido, può avvenire nei seguenti punti: 1) nel centro, per lesione del cervello medio; 2) nel gambo, per interruzione della condottura nervosa; 3) nell'ipofisi, per disturbo della secrezione. Con ciò sarebbero riunite le diverse teorie sulla

patogenesi del diabete insipido e della distrofia adiposo-genitale.

L'A. conclude:

1) Nei tagli orizzontali attraverso il cervello medio umano, impregnato di argento, secondo Schultze, fu determinato un fascio di fibre, che, partendo dal nucleus supraopticus, passa attraverso il tuber cinereum, il peduncolo dell'ipofisi e penetra nella pars neuralis dell'ipofisi. Fu chiamato tratto supraottico-ipofiseo ed è identico al tratto sopraottico;

2) Nel lobulo posteriore dell'ipofisi le fibre formano una fitta rete nervosa racchiudente delle « isole », le quali hanno, probabilmente, una funzione endocrina;

3) Il peduncolo e la parte posteriore dell'ipofisi è formata principalmente da vere fibre nervose e non da tessuto glioso;

4) Per mezzo del tratto supraottico-ipofisario un centro vegetativo della base del cervello medio, il nucleo supraottico, può mandare degli impulsi nervosi nel lobulo posteriore dell'ipofisi. Nucleo supraottico e ipofisi, collegate da una via nervosa formano un unico sistema, capace della regolazione di funzioni vegetative (economia dell'acqua, ecc.). Per mezzo dei reperti anatomici sembra chiarita la patogenesi di varie malattie (diabete insipido, distrofia adiposo-genitalis) nella riunione di varie teorie (teoria centrale e ipofisaria) che fin'ora erano contrarie l'una all'altra.

M. GHIRON.

Sulla patogenesi della tetania.

(H. BEUMER, *Med. Klinik*, n. 10, 1926).

Il sintomo principale della tetania è l'ipereccitabilità nervosa, per cui uno stimolo normalmente indifferente determina l'eccitazione del nervo motorio e la contrazione, rispettivamente lo spasmo del muscolo corrispondente. È stato dimostrato come l'eccitabilità nerveo muscolare sia in rapporto con i sali contenuti nel liquido che avviluppa muscolo e nervo: l'eccesso di sali di calcio diminuisce l'eccitabilità, la scarsezza di essi l'aumenta. Perciò si ammette che nella tetania sia diminuito il contenuto di calcio nel sangue. Effettivamente nei casi di tetania in lattanti si sono trovati valori molto bassi del calcio ematico.

Ricerche più vaste hanno però dimostrato che i fenomeni tetanici sono in rapporto non con la diminuzione del calcio totale, bensì con quella del calcioionizzato nel sangue. Ora la dissociazione del calcio (e quindi l'abbbondanza di joni di calcio) è forte in caso di reazione acida, debole in caso di reazione alcalina del sangue. L'acido principale del sangue è rappresentato dall'acido carbonico, le basi dai carbonati o dai fosfati secondari. Sia negli animali che nell'uomo la somministrazione di forti dosi di fosfati di sodio o potassio determina sintomi tipici di tetania: ciò perchè l'aumento dei fosfati nel sangue fa diminuire il calcio che in parte viene precipitato dai fosfati e in parte è reso inattivo perchè si lega alle proteine del siero in seguito alla reazione maggiormente alcalina assunta dal sangue arricchito di fosfati secondari. La somministrazione di fosfati primari (acidi) non determina tetania. Ora il latte di vacca contiene 7 volte più fosfati che non il latte di donna: in ciò risiede forse la causa dell'azione tetanigena del latte di vacca, dell'azione antitetanigena del latte di donna.

Anche la somministrazione di bicarbonati determina tetania, non però per precipitazione del calcio e diminuzione del calcio ematico, bensì per la riduzione del calcio ionico in seguito all'aumentata alcalinità del sangue. Tale genere di tetania si osserva nel vomito ripetuto di succo gastrico acido: in questa forma (tetania gastrica) il sangue si alcalinizza per la forte perdita di valenze acide. Un'altra forma di tetania, la tetania respiratoria, si ha in seguito ad eccessiva ventilazione polmonare (corsa prolungata, neurosi, isterismo): per l'eccessiva eliminazione di acido carbonico il sangue si alcalinizza e si riduce la quantità del calcio ionico. La respirazione di acido carbonico fa scomparire rapidamente questa tetania, durante la quale il calcio e i fosfati del sangue conservano valori normali. Nella tetania paratireopriva diminuisce fortemente il calcio ematico mentre aumentano i fosfati per deficiente loro eliminazione: si tratta quindi di una tetania da fosfati. Anche la tetania dei lattanti ha i caratteri della tetania da fosfati. Infatti essa colpisce bambini rachitici per i quali sarebbe caratteristica la lieve diminuzione del calcio e l'intensa diminuzione dei fosfati ematici e l'acidosi. Invece i lattanti tetaniaci presentano alcalosi e forte diminuzione del calcio ematico mentre i fosfati sono normali nel sangue. Trattandosi come si è detto di lattanti rachitici, una percentuale normale di fosfati nel sangue rappresenta già un eccesso relativo: perciò, analogamente alla tetania paratireopriva si tratta di tetania da fosfati.

Come si è visto esiste un netto contrasto fra il ricambio nel rachitismo e nella tetania: il passaggio dal primo alla seconda avviene per l'azione di fattori che influenzano il ricambio in senso alcalotico: crisi primaverile.

La tetania paratireopriva si può fino ad un certo punto evitare se si alimentano gli animali con dieta latteo vegetariana: la somministrazione di carne determina immediatamente tetania. Questa azione tetanigena della carne nell'organismo paratireoprivo non è in rapporto con l'azione tos-

sica della guanidina come prima si riteneva, bensì con la ricchezza in fosfati e deficienza in calcio della carne. Difatti è possibile togliere l'azione tetanigena alla carne, se contemporaneamente si somministri 1 1/2 gr. di lattato di calcio per kgr. di peso.

D'altra parte la dieta lattea non impedisce più la tetania negli animali paratireoprivi se si toglie dal latte il calcio con l'aggiunta di ossalato. È quindi evidente che la tetania paratireopriva non è dovuta ad un'ipotetica azione tossica bensì alla stasi fosfatica per deficiente ingestione di calcio.

Recentemente si è riusciti ad ottenere dalle paratiroidi un preparato che impedisce la tetania negli animali paratireoprivi aumentando il contenuto in calcio del sangue fino ai valori normali. In animali normali questo preparato determina un aumento fortissimo del calcio ematico e fenomeni accessori imponenti: apatia, coma, atonia, debolezza circolatoria, talvolta morte.

Questo stato si potrebbe denominare iperparatiroidismo.

La terapia della tetania deve cercare di aumentare il contenuto di ioni calcici nel sangue; si può ottenere ciò in due modi: o somministrando calcio dall'esterno, oppure rendendo possibile, con la somministrazione di acidi, l'utilizzazione delle riserve calciche dello scheletro, riserve che non possono venire utilizzate perchè l'alcalosi impedisce la ionizzazione del calcio. Il cloruro di calcio riesce efficace per tutti e due i modi di azione or ora menzionati. Efficacissima è l'iniezione endovenosa di cloruro di calcio: essa fa cessare immediatamente i fenomeni convulsivi più gravi.

POLLITZER.

RENI.

Le lesioni gravi e latenti del rene.

(PILLET. *Paris méd.*, n. 31, 1925).

L'A. passa in rivista tali lesioni e comincia con affermare che un rene può distruggersi completamente e silenziosamente: se la lesione è lenta e unilaterale, può passare inavvertita. Nella tubercolosi renale latente la sintomatologia è muta generalmente all'inizio. Il rene pieno di caverne multiple e grandi non è sensibilmente aumentato di volume. Spesso a sinistra non si riesce a palpare il polo inferiore sia nella posizione orizzontale che semiseduto.

Se non si esaminano le orine per trasparenza e ci limitiamo ad osservare il sedimento che si ha nel vaso da notte, la piuria iniziale passerà inosservata e il paziente correrà il rischio di essere così trattato come un nefritico. Si inizierà, allora, la cura lattea la quale oltre che demineralizzare il tubercoloso esagera la poliuria e la funzionalità di una vescica la cui capacità è molto ridotta e la cui sensibilità è accentuata non poco. La vescica, infatti, è il migliore reattivo della tubercolosi vescicale in quanto che la sensibilità di essa è un sintomo patognomonico indiscusso. Otto volte su dieci la tubercolosi renale si inizia con segni di cistite cronica: frequenza delle minzioni, disuria e piuria. Spesso manca il dolore e l'aumento di volume nel rene. La meatoscopia ci fa conoscere il lato malato e con cateterismo si riesce ad estrarre del pus e dei bacilli specifici dal lato malato. Dinanzi a questa latenza del quadro clinico non ci resta che affermare il paradosso dicendo che nulla rassomiglia più ad un rene sano che un rene tubercoloso.

Calcoli latenti del rene. I segni abituali dei calcoli del rene sono rappresentati da dolori, ematurie, provocate dai movimenti e calmati con il riposo o dalle loro complicazioni meccaniche (le coliche nefritiche, le idronefrosi), e da complicazioni suppurative (*pionefrosi*). Alcuni calcoli del rene, i più grossi, spesso rappresentano una sorpresa della radiografia. Come il *rene mastico* è un conglomerato di sostanza caseosa, così si può avere una *pietrificazione totale* del rene per calcolosi e allora, situando nell'uretere una sonda ureterale, non si ha nessuna secrezione, essendo il rene distrutto funzionalmente. Al contrario, anche esistendo queste condizioni anatomiche, un piccolo calcolo situato nell'uretere può determinare delle violenti coliche nefritiche. Riassumendo, quindi, possiamo affermare con i chirurgi delle vie urinarie: *grandi calcoli, sintomatologia nulla, piccoli calcoli, sindrome grave.* Molti calcoli, infatti, del rene rimangono latenti fino a che non si manifesta l'infezione.

Cancro del rene. La stessa latenza nella sintomatologia si riscontra nel cancro del rene in cui il paziente consulta il medico solamente quando comincia ad avere le prime minzioni con il sangue. Questa scoperta tardiva è funesta in quanto che allora il tumore ha raggiunto dimensioni abbastanza accentuate. Le irradiazioni dolorose sono variabili e spesso ingannano.

Malattie della vescica. Anche nella vescica possiamo avere una sintomatologia muta in quanto che la *tubercolosi anche avanzata*, i *polipi*, i *tumori infiltrati*, i *calcoli*, per un lungo periodo della loro evoluzione, possono rimanere indolenti o non manifestarsi se non con una *ematuria iniziale* la quale mette in allarme il paziente. La comparsa del dolore in genere è accompagnata dall'infezione. Spesso l'esame cistoscopico fa rilevare la presenza di calcoli in vescica.

Riassumendo, quindi, un medico che esamini

attentamente i propri pazienti deve mettersi in allarme quando le *urine* sono *leggermente torbide* e far praticare una radiografia che spesso farà rilevare la presenza di un calcolo. Una *minzione* che si presenti *dolorosa alla fine con urina leggermente rosea* farà pensare ad una *tubercolosi renale* e indurrà alla ricerca del *bacillo di Koch.* Date queste condizioni, si procederà a tutte le ricerche necessarie per giungere ad una diagnosi di natura e di sede (esami istologici e batteriologici, radiografia, cateterismo ureterale, cistoscopia, cistopielografia).

T. LAURENTI.

La diagnosi precoce dei tumori del rene e la pielografia.

(F. LEGUEU e B. FEY. *Paris médical*, n. 31, 1925).

Gli AA. fanno rilevare come i risultati della operazione per tumore del rene sono molto sconfortanti, poichè, in genere, si interviene con ritardo quando già si sono verificate le metastasi.

Il tumore del rene si presenta sotto tre forme classiche, e cioè:

1) tumore renale,
2) tumore renale ed ematuria;
3) ematuria senza altri sintomi.

Dal punto di vista della precocità della diagnosi, queste eventualità si possono ridurre, essenzialmente, alle due seguenti:

1) il malato presenta un tumore renale;
2) il malato presenta ematuria solamente.

Prescindendo dalla diagnosi differenziale con i tumori dei fianchi e degli ipocondri quando si palpa un'intumescenza nella regione renale, considerati il volume e la sede del rene normale, il tumore è talmente avanzato e le metastasi sono talmente estese, che non si può parlare più d'intervento efficace.

Se è il dolore che ha fatto rilevare la presenza del tumore, la prognosi è molto più grave, poichè il dolore compare sempre con ritardo come in genere in tutti i tumori.

Il dolore, infatti, è il primo sintomo nel 45 % dei tumori del rene, e ciò dimostra come l'evoluzione sia latente fino a che il tumore si presenta inoperabile.

Riassumendo si può affermare che in tutti i malati affetti da tumore renale palpabile la maggior parte sono inoperabili, e tra questi, gli operabili sono destinati a certa recidiva.

Quando l'*ematuria* è il sintomo più costante (*ematuria annunciatrice di Guyon*) il malato si mette in allarme e si fa visitare, ma non la sola ematuria può farci senz'altro formulare la diagnosi certa.

Le caratteristiche dell'*ematuria neoplastica* sono le seguenti, essendo un'ematuria abbondante, totale, spontanea, indolente, intermittente, capricciosa e unilaterale.

Essendo abbondante l'urina si presenta rossa e nera, e si accompagna a coaguli di origine renale, cioè allungati, vermiformi, modellati dall'uretere.

L'unilaterabilità dell'emorragia si rende evidente con la cistoscopia. Tale ematuria non può confondersi con quella *tubercolare*, poichè le urine sarebbero torbide, con sindrome vescicale manifesta; non con quella *litiasica*, poichè è dolorosa e raramente abbondante.

Nell'*adenoma prostatico* invece, e nelle nefriti ematiche si potrebbe cadere in errore.

L'*adenoma prostatico*, infatti, può, prescindendo da tutti i fenomeni di disuria o di ritenzione, manifestarsi con accentuata ematuria totale, spontanea, indolente.

Le ricerche complementari diagnostiche sono rappresentate dalla accurata *palpazione dei reni*, dalla ricerca di eventuale *varicocele*, segno classico, sul quale hanno sempre molto insistito Guyon e Petit, la cui presenza è di prognosi infausta, la *radiografia*, la *pielografia* e la *pieloscopia*.

Tanto la *pielografia* che la *pieloscopia* debbono utilizzarsi contemporaneamente, poichè mentre la prima ci fornisce dati più probativi, la seconda permette di studiare meglio la forma, la mobilità, i rapporti del tumore e di palparlo sotto lo schermo.

T. LAURENTI.

Contributo alla diagnostica del rene a ferro di cavallo.

(W. BOSS. *Zeit. f. Ur. Chir.*, vol. XIX, n. 1/2).

La presenza di altre anomalie costituzionali, e di altre deformità congenite e dello sviluppo, sono elementi favorevoli alla diagnosi di rene a ferro di cavallo. Bisogna inoltre prendere in considerazione l'eventuale azione dannosa che il rene a ferro di cavallo può esplicare su altri organi (vasi-visceri). Dei metodi di esame classici la palpazione conserva la maggiore importanza perchè in casi adatti può da sola condurre alla diagnosi. Limitato valore bisogna assegnare invece al fenomeno della albuminuria che segue alla palpazione.

Grande aiuto fornisce la radiografia associata al cateterismo ureterale perchè può dimostrare un accorciamento e una posizione degli ureteri più mediana del normale.

Qualche volta si riesce perfino a dimostrare radiograficamente l'istmo che unisce i due reni. La diagnosi viene resa più facile quando si tratta di un caso di calcolosi in rene a ferro di

cavallo. L'A. riferisce la storia clinica di un malato di questo genere da lui studiato. La posizione mediale e bassa dei calcoli che si trovano sull'asse del rene a ferro di cavallo può da sola assicurare la diagnosi. Il miglior aiuto diagnostico però è fornito dalla pielografia bilaterale, che lascia facilmente riconoscere la disposizione a V dell'asse del rene a ferro di cavallo e la posizione dello sbocco ureterale rispetto alla pelvi. Dallo studio di queste pielografie si possono trarre anche conclusioni sulla posizione dell'istmo che sono di grande utilità in un eventuale intervento.

Se la diagnosi non fosse stata posta prima dell'intervento, come accadde invece nel caso riferito dall'A., si può sospettare appena eseguita la lombotomia dalla vacuità della loggia renale, dalla mancanza del grasso perirenale, dalla marcata lobulazione del rene, come pure dalla presenza di vasi aberranti.

La pielotomia non presenta in caso di reni a ferro di cavallo speciali difficoltà. Bisogna però ricordare che essendo l'uretere frequentemente compresso contro l'istmo e producendosi così una stasi nella pelvi le recidive di calcolosi non sono rare.

Da alcuni è stata consigliata la sezione dell'istmo e la nefropessi per evitare le recidive e rendere più facile le eventuali altre operazioni che si dovessero eseguire sul rene.

MANFREDO ASCOLI.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

Lo stato precanceroso.

(*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, marzo 1926).

I. H. SEQUEIRA. — Si occupa particolarmente del carcinoma cutaneo ed osserva che vi sono alcune condizioni nelle quali lo sviluppo dell'affezione maligna è occasionale, mentre ve ne sono altre, sia congenite che acquisite, che hanno particolare tendenza a diventare cancerose. Alcune affezioni della cute e delle mucose adiacenti sono come dei veri carcinomi potenziali, come è p. es. il caso della leucoplachia della lingua che diventa carcinoma se il paziente vive abbastanza a lungo.

Le affezioni cutanee che predispongono al cancro sono:

1) *Anomalie congenite.* I nei pigmentati possono dare raramente un carcinoma a tipo melanotico con rapida metastasi. Occasionalmente dai porri unilaterali si può sviluppare un carcinoma squamoso; lo stesso tipo può svilupparsi sopra l'ipercheratosi congenita delle palme e delle piante. Anche nella xerodermia pigmentosa, che è di solito congenita, si possono avere aree che diventano lentigginose, teleangectasiche con sviluppo di numerosi porri che cadono per lo più spontaneamente, lasciando delle cicatrici atrofiche; in qualche caso però uno o più di tali tumoretti diventa un carcinoma del tipo squamoso.

2) *Modificazioni senili.* Appartiene a queste la biotripsi, l'atrofia senile, che però non si osserva in tutti i vecchi nè è limitata alle età avanzate. Sulla pelle atrofica e spesso pigmentata compaiono delle papule piatte ricoperte da squame cornee, cheratomi, su cui si può sviluppare il carcinoma a cellule basali o del tipo squamoso. Le lesioni sono più frequenti alla faccia, orecchie e parte volare delle mani.

3) *Irritazioni locali.* La pelle di individui esposti per lungo tempo al vento ed alle intemperie (pelle da marinaio) può presentare delle cheratosi con tendenza alla malignità. Anche la luce attinica può essere responsabile di tali condizioni e si afferma che la maggior frequenza del cancro cutaneo in Australia sia dovuta alla cheratosi prodotta dai raggi attinici solari. L'O. però dichiara che in molti anni di fototerapia non ha mai veduto svilupparsi un cancro sulle aree trattate con raggi attinici. I raggi X possono dare le stesse lesioni della xerodermia pigmentosa con successivo sviluppo di carcinoma; risultato del trattamento eccessivo e terribile esperienza dei primi radiologi.

Analoghi effetti producono il catrame ed i suoi derivati; dopo molti anni si sviluppano dei piccoli tumori (mollusco da catrame) che, con l'avanzare dell'età possono rapidamente svilupparsi come cancri; la localizzazione si osserva specialmente alla faccia, agli avambracci, alle mani ed allo scroto.

Alla stessa categoria appartengono i cancri degli spazzacamini, dei lavoratori della paraffina, dei filatori di cotone; in queste ultime due categorie si ha il cancro scrotale.

Abbastanza raro è il cancro arsenicale che può aversi sia in seguito a prolungata somministrazione, sia da lavoro. Va notato che in tutti questi casi si tratta di azione specifica e non già della sola azione irritativa in quanto che l'irritazione prodotta dai composti di cromo non è mai seguita da cancro.

4) *Cicatrici.* Predispongono allo sviluppo del cancro le cicatrici da lupus vulgaris (tumore fungoso con ulcera rapidamente distruttiva), da ulceri sifilitiche, da ustioni, ulceri varicose, ecc. In tali casi si ha il tipo squamoso.

5) *Dermatosi croniche.* Particolarmente la psoriasi ed il lupus. Non rari sono i carcinomi superficiali multipli.

6) *La dermatosi di Bowen.* Trattasi di una forma precancerosa che si ha nell'età adulta avanzata ed è caratterizzata da lesioni croniche papulari ricoperte da crosta cornea al disotto della quale si trova una superficie papillomatosa; in esse si è osservata la degenerazione carcinomatosa.

La malattia di Paget che, oltre al capezzolo può osservarsi anche al glande ed all'ombelico, va considerata come già maligna all'inizio.

G. LENTHAL CHEATLE. — Nell'iperplasia epiteliale della mammella si ha una successione di fenomeni analoga a quella che si osserva nella pelle dei topi o dell'uomo dopo l'applicazione di catrame.

Lo stadio precanceroso della mammella è a sua volta preceduto da due tipi di iperplasia desquamativa. Uno di questi consiste nell'accumulo ai dotti terminali ed agli acini di piccole cellule a forma irregolare e che si colorano male. Tale condizione può sussistere per anni e dà dolore continuo; raramente si sviluppano delle cisti; ordinariamente si ha il fibro-adenoma. L'altro tipo, che è il più importante, è meno generalizzato del primo e, come esso, si sviluppa nei dotti terminali e negli acini; le cellule epiteliali che li rivestono si allungano e prendono la forma di cellule di colostro; in tali casi di iperplasia epiteliale desquamativa si ha la frequente formazione di cisti.

Ancor più importante è l'iperplasia epiteliale disgenetica, in cui le lesioni si hanno pure nei dotti e negli acini che possono essere riempiti da cellule in divisione attiva. È questo il vero stato precarcinomatoso che non può essere ancora detto carcinomatoso perchè manca l'invasione degli altri tessuti e perchè può anche regredire e condurre all'atrofia. Se esso invece progredisce si ha l'invasione del tessuto connettivo.

W. SAMPSON HANDLEY. — La condizione precancerosa non può essere limitata alle modificazioni epiteliali. Il carcinoma è sempre preceduto da modificazioni di lunga durata infiammatorie nei tessuti connettivali immediatamente sottogiacenti in cui si ha una raccolta di linfociti e di plasmacellule. Il tempo che trascorre fra queste modificazioni e lo sviluppo del cancro può essere calcolato sui 20-30 anni.

Anche il carcinoma della mammella non sfugge a questa regola; le modificazioni precancerose sono state descritte come mastite cronica ed è di una certa importanza il fatto che entrambe queste lesioni prediligono il quadrante superiore esterno. Si possono del resto osservare nello stesso campo microscopico le lesioni della mastite cronica e del carcinoma iniziale; le modificazioni epiteliali descritte da Cheatle sono soltanto una parte della storia del carcinoma.

Importante nella eziologia del carcinoma è la preesistenza di ostruzione cronica linfatica nella regione in cui poi si svilupperà il cancro. Tale fattore del resto si riscontra anche nel lupus e nella sifilide che possono precedere entrambi il cancro.

L'aumento della pressione linfatica conduce ad un'ipernutrizione con conseguente proliferazione del connettivo e si producono così le modificazioni epiteliali precancerose.

L'iperproduzione epiteliale è favorita appunto dalla raccolta subepiteliale di cellule infiammatorie, tanto più che lo sviluppo delle cellule epiteliali è in dipendenza del connettivo tanto che le prime possono essere in certo modo considerate come dei parassiti obbligati delle cellule connettivali.

L'ostruzione linfatica può poi portare all'autointossicazione delle cellule per l'azione dei prodotti di rifiuto che possono agire come il fattore chimico di Gye.

In complesso l'O. mette in rilievo l'importanza della circolazione linfatica; ulteriori ricerche sulla fisiologia di tale sistema e sui mezzi di mantenere una attiva circolazione linfatica sarebbero di grande valore nella prevenzione del cancro.

Z. COPE. — L'O., nel considerare le condizioni precancerose del tratto alimentare, rileva che la qualifica di precanceroso va limitata alle sole condizioni cliniche riconoscibili ad occhio nudo. Il patologo può riconoscere delle modificazioni nelle cellule ma egli, salvo casi eccezionali, non potrà mai vederle se non vi è qualche fatto clinico che indichi una condizione anormale.

Nel tratto alimentare le condizioni che possono far sospettare lo stato precanceroso sono le seguenti:

Per la lingua, la glossite superficiale cronica con la concomitante leucoplachia, i papillomi che talvolta danno delle sorprese e sulla di cui natura non si può dare una risposta decisiva fino a che non si conosca il responso dell'esame istologico. Le ulceri dentarie al margine della lingua vanno sempre considerate come sospette, trattate con cura e sorvegliate a lungo, perchè è possibile che si sviluppi da esse l'epitelioma.

Per l'esofago non esistono condizioni precancerose riconoscibili. Quanto allo stomaco si asserisce che spesso l'ulcera predispone al carcinoma ma ciò non appare molto probabile se si considera la grande frequenza dell'ulcera e la relativa rarità del carcinoma.

Il carcinoma del tenue è raro; in esso i papillomi possono essere considerati come precance-

rosi e vanno estirpati. Per quanto riguarda il crasso è poco probabile che le frequenti ulceri che vi si osservano siano seguite da carcinoma. Si ritiene da taluno che il ristagno fecale dovuto a flessure possa predisporre al cancro, ma non vi sono prove sufficienti per convincere chi affronta tale problema senza pregiudizi.

E. H. SHAW. — Dallo studio istologico si arriva alla conclusione che uno stadio precanceroso esiste realmente in due principali condizioni, cioè nella infiammazione cronica e nei tumori benigni; la prima risulta evidente per il carcinoma della mammella.

Per quanto riguarda le neoformazioni, si osserva che in molti casi di papilloma della cute è difficile determinare se sono stati oltrepassati i limiti e si è in presenza di carcinoma; si trovano dei gruppi di cellule squamose alla base che sono entro a masse di piccole cellule infiammatorie rotonde. In altri casi le cellule squamose invadono i tessuti profondi, e si ha così la prova della presenza del carcinoma e del fatto che questo incomincia come un tumore innocente. I papillomi cutanei quindi vanno considerati come uno stadio precanceroso ed analogamente quelli di altre regioni, come la bocca, il naso, la laringe, l'intestino. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Prof. GIUSTO CORONEDI. *Diagnosi e Terapia clinica degli Avvelenamenti.* Guida per medici e studenti. Firenze, Barbera ed., 1926. Un vol. in-8° piccolo, di pag. 310, con 12 fig., 3 tavole colorate, 2 indici alfabetici. Prezzo L. 30.

Nello scorso anno il prof. Lichtwitz ha tenuto una conferenza per il corso di perfezionamento medico in Berlino, trattando della diagnosi differenziale e terapia degli avvelenamenti acuti (*Klin. Wochen.*, 1925, n. 52, p. 2501-05), e fino da principio lamentò la grande scarsità di conoscenze pratiche, chimiche, semeiotiche e cliniche, che oggi si hanno sul quadro nosologico degli avvelenamenti acuti; per cui si dichiarava egli del parere dello Zangger, il noto cultore di medicina legale, che cioè il numero degli avvelenamenti *non* diagnosticati ascenda in Germania all'80-98 %! Constatazione questa assai dolorosa, sia nel riguardo terapeutico sia in quello morale giudiziario, tanto più che oggi la facilità di avvelenamenti è assai grande, sia nelle industrie le più diverse, sia nello smodato uso di rimedi eroici e stupefacenti. Io non vorrei credere che qui in Italia nostra accadesse tale percentuale di avvelenamenti *non* diagnosticati: da noi c'è tradizione clinica tossicologica. Però voglio dire al prof. Lichtwitz: noi oggi abbiamo un'*aurea guida per la diagnosi e terapia degli avvelenamenti*, or ora data al pubblico dall'editore Barbera ed uscita dalle mani di un eminente studioso, farmacologo e clinico ad un tempo, il prof. Coronedi della R. Università di Firenze. Il quale vi ha condensato gli ammaestramenti della sua lunga e larga esperienza clinica *vissuta*, coordinandoli coi dettami farmacologici: offre egli la sua Guida ai medici, perchè se ne servano nella pratica, al fine di risolvere nel miglior modo il *problema medico* della diagnosi e cura degli avvelenamenti.

Ecco pertanto colmata, o collega Lichtwitz, la lacuna che voi lamentate della scarsità di cognizioni, per cui quasi non sapete voi dove trovare l'*ubi consistam* dottrinale di una clinica tossicologica! Procurate anzi, o illustre collega, di mettere nella vostra lingua questa Guida, sicura densa armonica: farete opera utilissima e completerete la fatica che vi ha spinto a tenere la vostra conferenza.

Il prof. Coronedi divide la sua Guida in una parte generale e in una parte speciale.

La prima occupa 168 pagine. In questa espone, da un punto di vista generico e di sintesi, la etiologia, la sintomatologia, il decorso, le alterazioni anatomiche, la semeiologia, per inoltrarsi quindi nella diagnosi nella prognosi e nella terapia degli avvelenamenti. Troviamo qui la semeiologia trattata in un paragrafo con il titolo *Repertorio semeiologico clinico tossicologico*, il quale per l'ampiezza, la novità dei dati, la loro coordinazione, si presenta del tutto originale, e basterebbe da sè a dare un carattere classico all'opera. E vi è di più. I due capitoli, diagnosi e prognosi, lasciano il lettore innamorato della Guida, perchè, attraverso ad una singolare casistica e tenendolo attento e curioso, lo conducono a quella che l'A. chiama diagnosi clinica, che egli vuole bene distinguere da quella solita medico-legale; e così poi lo conducono alla *diagnosi differenziale*. Si ricordi che l'A. ha fondato da anni, e dirige il servizio clinico-tossicologico dell'Ospedale di S. Maria Novella in Firenze.

Vi è dell'altro ancora. La *Terapia* si presenta trattata a fondo; ad alcune pagine di generalità, stese su base di sintesi e di critica, seguono le *Norme generali e metodi della terapia clinica degli avvelenamenti*, divise in tre gruppi: protettiva, neutralizzante, eliminativa.

La parte speciale comprende la *Clinica e Terapia degli avvelenamenti*, secondo le sostanze tossiche o veleni, i quali si susseguono secondo un ordine chimico: scelto dall'A. perchè come egli dice, « per la grande maggioranza dei casi al-

l'omologia chimica corrisponde l'omologia fisiologica, non solo rispetto al carattere dei sintomi ma anche alla patogenesi e terapia dei medesimi ». Così il lettore ha nelle mani un lavoro organico ragionato ed insieme adatto alle esigenze dell'esercizio professionale, che ordinariamente aspira alla soluzione del doppio problema: « presto e bene ». Si tratta di 80 paragrafi, che occupano 114 pagine e racchiudono un infinito numero di sostanze tossiche, che elencate in un accuratissimo indice alfabetico vi occupano, per questo, le ultime 14 pagine del libro.

Ho la certezza di non esagerare dicendo che questa Guida forma una *vera ed aurea novità*: è la prima volta in cui si constata che il medico pratico è condotto alla diagnosi e terapia degli avvelenamenti mediante un metodo ed indirizzo *clinico;* e poichè l'A. è anche un maestro di farmacologia, il viaggio è compiuto attraverso alle più sicure vie della dottrina ed esperienza farmacologica.

Questa nuova opera del prof. Coronedi, che è abbellita di grafiche e di tavole colorate per talune prove cliniche, avrà larga e rapida fortuna, e noi inviamo al Maestro il plauso e la riconoscenza degli studiosi.

Prof. GUIDO M. PICCININI.

MOHROFF. *Manuale delle droghe e medicinali.* Un vol. in 24°, di 528 pag. V. Idelson ed. Napoli, 1925. Prezzo L. 20.

In questo manuale sono ordinati alfabeticamente le droghe ed i medicinali antichi e nuovi e sono indicati per ognuno i caratteri organolettici, le azioni fisiologiche, le indicazioni e la posologia. Con quest'indice il medico come il farmacista possono orientarsi sia nel prescrivere, sia nello spedire una ricetta. Per maggiore utilità, l'A. ha anche aggiunto due repertori, pure alfabetici, uno riguardante le azioni fisiologiche, l'altro riguardante le malattie. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

VII Congresso della Società Internazionale di Chirurgia.

(Continuazione, v. num. prec.).

8 aprile 1926.

Nella mattinata i congressisti hanno assistito alle sedute operatorie della R. Clinica Chirurgica (prof. ALESSANDRI) dei vari Padiglioni del Policlinico Umberto I (proff. MARGARUCCI e DE FABII); dell'Ospedale S. Giacomo (proff. EGIDI e CASSINI); S. Giovanni (proff. ANTONUCCI e MICHELI); Consolazione (prof. MUZI); S. Spirito (prof. FERRETTI), seguendo con grande interesse gli atti operativi, tributando ai valorosi chirurgi la loro sincera ammirazione, ed avendo parole di vivo elogio per la perfetta organizzazione di tutti i servizi.

II Seduta Scientifica.

(Aula della R. Accademia Medica al Policlinico).

Alle ore 14, sotto la presidenza dei proff. GIORDANO e TANSINI, si apre la II seduta scientifica. Oggetto della discussione:

La terapia dei tumori cerebrali.

Primo relatore è il prof. ADSON (Rochester) che tratta della cura delle nevralgie del trigemino.

Dopo aver fatta una rivista rapida della letteratura medica sulla nevralgia del trigemino, ne discute l'eziologia, la sintomatologia, la diagnosi differenziale ed i risultati ottenuti colla cura palliativa, con iniezioni di alcool e lo strappamento delle branche periferiche del nervo e li paragona coi risultati brillantissimi ottenuti coll'operazione radicale (sezione della radice sensitiva del ganglio del Gasser e conservazione della radice motoria). Egli stesso dispone personalmente di un materiale di circa 300 interventi.

Parla ancora di una serie di 600 o 700 casi osservati o così trattati nella Clinica dei Mayo e dimostra le difficoltà della diagnosi, le indicazioni alle iniezioni di alcool e all'intervento radicale con la sezione della radice: di questa ne descrive anche le complicazioni operatorie, ed i risultati ottenuti.

Dei « clichés » e films cinematografici illustrano questi diversi punti.

La chiara esposizione ottiene il vivo plauso dell'Assemblea, e mancando il prof. BRUN (Lucerna), PERCY-SARGENT (London), sale alla tribuna il prof. LOZANO (Saragozza). Il relatore dopo una curata disamina di tutti i metodi curativi dei quali si fa cenno da tutti i chirurghi che hanno maggiore esperienza sull'argomento e sulla base di numerose statistiche, chiude la sua relazione riassumendola con i concetti seguenti:

1) la migliore cura dei tumori cerebrali è la estirpazione malgrado la sua alta mortalità;

2) la craniectomia decompressiva aggrava spesso lo stato degli ammalati;

3) l'intervento radicale deve farsi precocemente, prima che l'ipertensione intracranica abbia acquisito il suo completo sviluppo;

4) la craniectomia in un tempo solo con anestesia locale è da preferirsi all'operazione in due tempi;

5) il cervello tollera la resezione di una grande parte del lobo frontale, dell'occipitale e del temporale senza provocare la morte ed in molti casi senza grandi alterazioni funzionali;

6) la mortalità operatoria nei tumori della fossa cerebrale anteriore è del 40 %, in quelli della fossa posteriore in media del 55 %;

7) i risultati lontani della guarigione definitiva sono del 20 %;

8) il più grande pericolo dell'operazione consiste, malgrado i progressi attuali della diagnosi, nella confusione del tumore con altre affezioni aggravantesi con l'intervento;

9) il progresso più grande si è raggiunto nella diagnosi e nella cura dei tumori postcerebellari;

10) la radioterapia lascia sperare la guarigione dei tumori cerebrali sopra tutto nei gliomi e nei tumori ipofisari. Disgraziatamente non se ne pubblicano che i successi. Per ora non è da consigliarsi che nei tumori inoperabili e quasi sempre preceduta da una trapanazione per prevenire seri accidenti.

Nei tumori inoperabili essa diminuisce molti sintomi: vomiti, cefalee, convulsioni e disturbi visivi.

Seguirebbe quindi la relazione del prof. BASTIANELLI (Roma), ma il presidente sen. GIORDANO informa l'assemblea che il prof. BASTIANELLI è dovuto partire per Tripoli insieme con S. E. Mussolini. Il presidente, nello scusare l'assenza del prof. BASTIANELLI, dice che, se il Congresso è rimasto privo di un relatore tanto valoroso, tuttavia deve essere lieto di seguire spiritualmente il beneamato Duce del Fascismo e Capo del Governo, accompagnandolo materialmente uno dei suoi membri migliori.

L'assemblea plaude calorosamente rinnovando così la propria simpatia per il primo ministro d'Italia.

S'inizia quindi la discussione alla quale prendono parte DONATI di Padova, DE QUERVAIN di Berna, YOUNG di Glasgow, ROLANDO di Genova, MAGNIUS di Oslo, SOLARO di Busto Arsizio, PASCHOUD di Losanna, SOUTTAR di Londra, MARTIN di Cardiff, JURASEK di Praga, ADSON di Rochester, MARTIN di Bruxelles, KRYNSKI di Warsawa, che tutti portano un contributo prezioso di esperienza personale al dibattuto argomento, segnando lucidamente nelle conclusioni l'indirizzo terapeutico da seguire. Vengono tutti vivamente approvati dall'assemblea.

Per ultimo prende la parola il prof. SCHIASSI (Bologna) che dopo aver convenuto con i relatori sulla importanza grandissima dell'emostasi nelle operazioni sul cranio, reputa lunga la legatura di ciascun vaso, preferendo la sutura circonferenziale intercisa e da lasciarsi *in situ* per 24 ore dopo la operazione. Crede inoltre che debba provvedersi alla diminuzione della tensione intracranica praticando prima della operazione prudente rachicentesi, e svuotando il ventricolo laterale subito dopo scolpito rapidamente e rovesciato il lembo osseo. Ritiene inoltre opportuno, richiamare l'attenzione su di uno strumento italiano, veramente prezioso, il craniotomo del Codivilla, a suo parere da preferirsi sia alla pinza di Krause, sia a quello poco prima mostrato di De Martel. Passa quindi ad illustrare le ragioni per le quali egli crede giusto accordare la preferenza al craniotomo di Codivilla, e ne dà su di un cranio di cadavere, la pratica dimostrazione.

III Seduta Scientifica.

Venerdì, 9 aprile, ore 8.
(Aula della R. Accademia Medica al Policlinico).

Presiede il sen. prof. GIORDANO. L'argomento della discussione è:

Epilessia Jacksoniana.

Relatore il prof. LÉRICHE (Strasburgo) cui lo studio di una trentina di casi d'epilessia Jacksoniana traumatica, osservati per anni, lo conduce a pensare che l'epilessia è sempre legata alla presenza di una cicatrice di un focolaio di contusione corticale. Le lesioni ossee e meningee alle quali si dà di solito tanta importanza, non ne hanno alcuna o sono affatto secondarie. Una cicatrice cerebrale semplice fibrosa non basta a creare la sindrome Jacksoniana. Le cicatrici epilettogene sono la sede di una proliferazione neuroglica anormale, legata probabilmente ad una reazione particolare individuale. Quando la cicatrice neuroglica esiste, le crisi sono provocate dalle variazioni rapide della circolazione cerebrale e corrispondono sempre a veri disquilibri di pressione del liquido cefalo-rachidiano sia in eccesso che in difetto. Infatti si possono provocare sperimentalmente nel Jacksoniano delle crisi elevando ed abbassando la pressione del liquido e si può fare cessare lo stato di male collo stesso metodo.

La vera cura dell'epilessia Jacksoniana sta dunque nell'escissione della cicatrice fibro-nevroglica; e poichè limitarsi a questo non è sempre possibile, bisogna spesso asportare la cicatrice fibromeningea che si approfonda di solito nel cervello. In ogni caso ogni intervento anche minimo produce una scomparsa temporanea delle crisi, però la recidiva è sicura. Si potrebbe forse modificare la cicatrice con la radioterapia. Vi sarebbero da intraprendere ricerche sistematiche sull'effetto delle irradiazioni sul tessuto nevroglico giovane. Nell'attesa, per evitare la recidiva bisogna cercare di mantenere nei Jacksoniani uno stato di equilibrio del liquido cefalo-rachideo sia con iniezioni endovenose di acqua distillata, sia con inie-

zioni di soluzioni ipertoniche. I risultati così ottenuti, sono assai interessanti, poichè si osserva la scomparsa delle crisi per anni nei soggetti con recidiva, un miglioramento notevole, la scomparsa della cefalea, delle vertigini, ecc. e talora perfino la scomparsa spontanea dello stato di male.

La chiara relazione del prof. LÉRICHE è seguita con grande attenzione e salutata da applausi.

Il primo a prendere la parola nella discussione è il prof. ALESSANDRI (Roma) che è d'accordo col LÉRICHE nel dare importanza alle variazioni di pressione del liquido cefalo-rachidiano e a disturbi di circolo.

Ma la causa prima della sindrome è la lesione locale e più precisamente il costituirsi delle cicatrici; ciò è evidente nelle forme post-traumatiche e post-operatorie, in cui l'apparire degli accessi non si ha subito, ma coincide colla cicatrizzazione delle ferite.

In questi casi egli crede abbia la massima importanza per la guarigione la ricostituzione possibimente al normale dei piani anatomici; per la cicatrice cerebrale quando esiste, crede necessario esciderla e colmare la perdita con muscolo o grasso; per i difetti durali si usino plastiche di fascia lata; per i difetti cranici i trapianti ossei o cartilaginei, migliore secondo la sua esperienza il lembo rovesciato a brattee ossee; anche per le parti molli occorre ricoprire il lembo osseo con tessuti non cicatriziali. Riferisce brevemente un caso da lui operato ben quattro volte, in cui solo quando si raggiunse la ricostituzione di tutti i piani, si ottenne la cessazione degli accessi, che data ormai da quindici anni.

ANZILOTTI (Livorno), sulla scorta di molte osservazioni personali, si avvicina molto alle conclusioni di ALESSANDRI; così pure JOUNG (Glasgow), il quale non crede si debba assolutamente negare ogni valore alle lesioni ossee e meningee, pur convenendo col relatore, nei riguardi degli effetti nei Jacksoniani, delle brusche oscillazioni della pressione del liquido cefalo-rachidiano.

DE QUERVAIN (Berna) si associa ad ALESSANDRI in tutte le sue conclusioni; JEFFERSON (Manchester) porta il prezioso contributo di numerosi casi, e così pure SOLARO (Busto Arsizio) e CORACHAN (Barcellona) parlano dei risultati lontani dell'epilessia post-traumatica, a secondo dei diversi mezzi terapeutici impiegati.

Per ultimo GAMBERINI (Bologna) che ebbe l'opportunità di accogliere e osservare a lungo un gran numero di feriti del cranio. In 34 malati su 71 l'epilessia fu primitiva, in 13 tardiva ed in 24 mancò. Vario fu il trattamento chirurgico. Ma in 27 fu praticata l'exeresi della cicatrice seguita da cranio plastica. Di questi ultimi, 16 furono guariti stabilmente. Ad eguale trattamento chirurgico sottopose pure i Jaksoniani tardivi con ottimo successo. Conclude affermando come il trattamento di elezione sia l'exeresi e la cranioplastica sempre dopo aver soppresso ogni accenno ad ipertensione del liquido cefalo rachidiano.

Il prof. LERICHE, ringraziando tutti coloro che vollero discutere la sua relazione ed in ispecial modo il prof. ALESSANDRI e il prof. DE QUERVAIN, termina così:

Io non devo rispondere ad alcuno, poichè non hò voluto difendere alcuna teoria, che non ho: ho voluto soltanto esporre dei fatti richiamando la vostra attenzione sopra un aspetto nuovo della questione. Se voi mi permettete la espressione, direi che ho voluto far roteare un caleidoscopio per esaminare quei nuovi argomenti che dovranno d'ora in avanti far studiare l'epilessia sotto un aspetto differente.

Mi permetto, dunque, soltanto d'insistere semplicemente ancora sulla importanza di osservare il problema sotto il punto di vista anatomo-patologico; è necessario che noi approfittiamo di tutte le occasioni per esaminare istologicamente la cicatrice epilettogena centrale e le sue zone di limitazione.

Se vi è una ragione anatomica dell'epilessia Jacksoniana, è certamente al limite tra zona di cicatrice e quella del territorio cerebrale sano, che noi dovremo cercarla e trovarla.

Inoltre, io penso che se si vorrà far progredire le nostre cognizioni su questo soggetto oscuro e difficile, bisognerà che si porti il nostro sforzo sui seguenti punti:

1) stato istologico della cicatrice cerebrale, specie sulla linea di divisione dal tessuto sano;

2) importanza delle variazioni di tensione del liquido cefalo-rachidiano;

3) importanza della infezione partente dalla cicatrice cerebrale nella patogenesi dell'encefalite progressiva;

4) efficacia delle irradiazioni sulla evoluzione della cicatrizzazione della cicatrice;

5) efficacia della tecnica seguita dall'Alessandri;

6) efficacia dei diversi mezzi terapeutici sul liquido cerebro-spinale.

È soltanto quando questi differenti punti saranno esaurientemente studiati che noi potremo riprendere con utile lo studio dell'epilessia Jacksoniana.

* * *

Dopo la seduta scientifica i congressisti si sono riuniti in assemblea plenaria ed hanno stabilito:

1) che il futuro congresso sarà tenuto a Varsavia nel 1929;

2) che gli argomenti da trattarsi saranno i seguenti:

a) Cause dell'embolia;

b) Risultati della resezione dello stomaco per ulcera gastrica e duodenale;

c) Terapia del morbo di Basedow.

Il prof. R. ALESSANDRI viene riconfermato per acclamazione membro del Comitato scientifico.

Si decide altresì di ammettere in seno alla Società intenazionale di Chirurgia i chirurgi tedeschi non appena la Germania sarà entrata nella Società delle Nazioni.

(*Continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

SEMEIOTICA.

Diagnosi della tubercolosi polmonare fibrosa.

La tubercolosi polmonare fibrosa caratterizzata da una modalità reazionale speciale costruttiva dei tessuti all'infezione bacillare, è un'affezione molto frequente e, di solito, misconosciuta nella pratica medica corrente, almeno nei suoi stadi iniziali.

M. Pellorce (*Thèse de Paris* e *Presse médicale*, 29 agosto 1925) mette in rilievo le principali caratteristiche cliniche: lentezza dell'evoluzione, benignità relativa, scarsezza dei segni stetoscopici, assenza frequente dei segni generali e funzionali, e, particolarmente, assenza abituale di espettorazione e, quindi di possibilità di verificare la malattia con l'esame batteriologico. La diagnosi, pertanto, sarà basata sui sintomi seguenti: dimagrimento, astenia, stadio termico, emottisi, interpetrazione delle modificazioni della respirazione, della sonorità e delle vibrazioni, in assenza di rumori avventizi. La parte principale della diagnosi però sta nella radiologia che, sola, permette di precisare la topografia delle lesioni, la loro importanza, di determinarne l'esatta natura, di fissare il tipo dell'enfisema che della malattia è compagno inseparabile.

Frequente è l'associazione della sifilide.

Spesso la tubercolosi fibrosa è consecutiva od associata ad altre manifestazioni bacillari (gangli, ossa, articolazioni) che si succedono o si sostituicono, ma che ad ogni modo, aggravano la prognosi. Nel periodo tardivo poi, si hanno spesso localizzazioni al tubo digerente ed ai reni.

La prolungata eliminazione delle tossine sclerosanti sembra spiegare la comparsa frequente della sindrome cardiorenale della tubercolosi fibrosa. Molti di questi malati muoiono per il rene; d'altra parte, molti di essi sono degli ipertesi, condizione che diventa una complicazione ed una causa, poichè contribuisce ad accentuare il carattere di lentezza e di benignità della evoluzione delle lesioni polmonari.

Questa forma benigna merita di essere conosciuta perchè essa costituisce la causa più temibile di contagio familiare.

fil.

Un nuovo segno dell'ascesso metapneumonico.

P. Durand (*Journal des praticiens*, 3 ottobre 1925) dopo avere rilevato la diminuzione generale delle pneumoniti, accenna allo sviluppo dell'ascesso metapneumonico il quale può di già sospettarsi quando si vede che la defervescenza si fa male e si trascina a lungo; verso il 10°-15° giorno, si vede che un'eruzione miliare ha invaso tutto il corpo, eruzione eritematosa con molteplici punti bianchi, acuminati come punte di spillo. Sarebbe questo un segno certo di un ascesso polmonare apertosi nella pleura.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Occlusione delle coronarie.

Gordinier (*Amer. Journ. Med. Sciences* e *Edinburgh med. Journ.*, maggio 1925) riporta 13 casi di questa condizione. Di questi, 5 furono fatali e soltanto uno venne all'autopsia; esso presentava trombosi di una larga branca discendente della coronaria. La condizione di un infarto cardiaco dovuto al blocco delle coronarie era stata finora considerata una mera curiosità patologica e soltanto in quest'ultimo decennio è stata associata ad un complesso di sintomi per cui essa può venire diagnosticata clinicamente. Essi sono i seguenti:

1) Dolore improvviso anginoide sottosternale od addominale alto; 2) facies affilata, grigiastra o molto pallida, spesso associata con la sensazione di una prossima fine; 3) distensione enfisematica dei polmoni, con dispnea od estrema ortopnea e rantoli umidi alle basi unitamente ai segni di uno scompenso cardiaco acuto; 4) polso frequente, facilmente compressibile, che può presentare ogni forma di aritmia: il più spesso fibrillazione auricolare, ma anche polso alternante, « flutter », extrasistoli o blocco auricolo-ventricolare; 5) improvviso abbassamento della pressione sistolica e precoce esaurimento miocardico; 6) impulso cardiaco che, se pure è palpabile, si sente come dei piccoli colpi diffusi, toni cardiaci lontani e spesso ritmo di galoppo; 7) sfregamento pericardico localizzato, evanescente, che compare poche ore od un giorno o due dopo lo stabilirsi della sensazione dolorosa. Esso può però mancare se l'infarto si trova nella parte posteriore del cuore, ma deve considerarsi come un segno caratteristico e patognomonico della lesione; 8) febbre di breve durata e di carattere benigno, associata con leucocitosi polimorfonucleare; fenomeno che non si osserva nella semplice angina pectoris; 9) inversione o posizione isoelettrica dell'onda T con blocco di arborizzazione; 10) associato con i detti sintomi, si trova talora un fegato grosso, sensibile, insieme con i sintomi ed i segni fisici di un infarto polmonare. Questo complesso deve far pensare alla trombosi della coronaria destra o del-

le sue branche. Invece, lo stabilirsi improvviso di edema polmonare o di attacchi ricorrenti di questo, insieme con i fenomeni di trombosi dei vasi del cervello, dei visceri o delle estremità, insieme con l'elettrocardiogramma caratteristico, deve far pensare alla trombosi di un ramo della coronaria destra.

fil.

Il trattamento dell'aritmia completa col solfato di chinidina.

L'aritmia completa presenta dal punto di vista clinico due caratteri: anzitutto l'irregolarità completa del ritmo che non obbedisce più a nessuna legge (delirium cordis) e la lunga durata della sua evoluzione. Dal punto di vista patogenetico, questa aritmia completa è l'espressione di due tipi di alterazione della contrazione cardiaca normale: la fibrillazione auricolare, in cui ogni fibra della musculatura auricolare si contrae per proprio conto e la tachisistolia auricolare (*flutter* degli inglesi) in cui esistono ancora contrazioni globali dell'orecchietta, ma queste sono più numerose che le contrazioni ventricolari. Si ha per conseguenza una irregolarità assoluta dei battiti cardiaci. Queste due forme di alterazione della contrazione cardiaca tendono a trasformarsi una nell'altra od a coesistere nello stesso individuo.

In questa aritmia completa la chinidina agisce sia sopprimendo la fibrillazione auricolare o la tachisistolia ristabilendo la contrazione normale, sia agendo direttamente sul ritmo ventricolare di cui produce un rallentamento.

Indicazioni della chinidina. Anzitutto l'età del malato, poichè le aritmie dei giovani sono meglio influenzate che quelle dei vecchi. Assai importanti sono le lesioni cardiache concomitanti. È nelle aritmie solitarie (nel corso di un Basedow, di una crisi di reumatismo articolare acuto, ecc.) che si otterranno i migliori risultati. Anche le aritmie senza lesioni valvolari degli individui oltre i 50 anni, in rapporto con un disturbo funzionale del miocardio, sono suscettibili di miglioramento, purchè non vi siano segni di asistolia. Meno favorevoli sono i casi con lesioni valvolari, sebbene talvolta (come nelle crisi di tachiaritmia parossistica della stenosi mitralica) si possano ottenere buoni effetti.

Per quanto riguarda i caratteri clinici dell'aritmia, si tenga presente che le forme più recenti sono quelle che più risentono gli effetti della chinidina. Meno favorevoli sono i casi di aritmia degli individui anziani, polisclerosi in cui l'alterazione delle funzioni miocardiche è inveterata e persistente. In generale è tenuto conto che il pratico non può fare l'esame elettrocardiografico che solo potrebbe dare indicazioni precise. P.-N. Deschamps (*Journal de médecine de Paris*, 12 settembre 1925) consiglia di intraprendere e di continuare la cura con la chinidina in tutti i casi in cui non vi siano controindicazioni. Queste risultano dal fatto che la chinidina è un medicameto depressore del cuore che, somministrato in individui in stato di asistolia o di iposistolia anche leggera, può dare dilatazione acuta del cuore con asistolia rapidamente progressiva. Si deve quindi dapprima arrivare con la digitale alla soppressione di ogni segno di insufficienza cardiaca, mentre l'esistenza di uno scompenso che resiste alla digitale è una controindicazione formale. È sempre poi necessario controbilanciare l'effetto depressore della chinidina facendo precedere una cura con digitale.

La chinidina non va dunque somministrata alla cieca, ma sotto continua sorveglianza medica. Si mette dapprima il malato in riposo (meglio se in letto), ad un regime latteo, somministrandogli in 3-5 giorni 50 gocce di digitalina. Il polso diventa meno frequente ma rimane irregolare; allora si danno il primo giorno 40 cg. di chinidina (due compresse, in un po' di acqua). Se questa dose è bene sopportata, si darà il secondo giorno una dose elevata (1 grammo), arrivando il terzo giorno a g. 1.20, dose da ripetersi, se l'ammalato la sopporta per 15-20 giorni. La regolarizzazione si verifica al 3°-4° giorno, talvolta soltanto all'8°-10°, preceduta spesso da una fase di tachicardia. Talvolta, anche senza perfetta regolarizzazione del ritmo, la fibrillazione auricolare può essere sostituita dalla tachisistolia; il malato accusa una sensazione di benessere e la scomparsa delle palpitazioni.

Dopo la regolarizzazione del ritmo, si diminuirà la dose di cg. 20 al giorno, in modo da stabilire la dose minima necessaria per mantenere l'effetto ottenuto. La dose sarà data poi per prese discontinue per 4 giorni alla settimana, lasciando tre giorni di riposo.

Gli incidenti attribuibili alla chinidina sono i seguenti:

1) Segni di intolleranza medicamentosa: disturbi digestivi, vomiti, diarree; quest'ultima non deve fare interrompere la cura a meno che non sia molto profusa. Comandano invece l'interruzione certi disturbi cerebrali dell'ebbrezza chininica (vertigini, ronzii).

2) Accidenti di asistolia. Sono incidenti gravi della medicazione chinidinica; consistono in edemi, diminuzione della diuresi, epatomegalia dolorosa e comandano l'arresto immediato della chinidina e la ripresa della digitale o della uabaina per via endovenosa. Questi disturbi non si veri-

ficano che se la chinidina è data senza prudenza. Bisogna insistere sul fatto che tale medicamento non deve essere dato alla cieca, ma il trattamento deve essere istituito e sorvegliato dal medico. Con tale riserva la medicazione chinidinica non offre alcun pericolo per il malato.

fil.

I pericoli della chinidina.

C. Fiessinger (*Journal des Praticiens*, 6 marzo 1926) osserva che è necessario arrendersi all'evidenza dei fatti. Se la chinidina non regolarizza il cuore (e non lo fa sempre) essa si manifesta come un depressore del miocardio, che deve essere maneggiato con delicatezza. Già a dosi di 60 cg. si sono osservate sincopi impressionanti; talora si sono avuti casi di morte per quantità non molto elevate. Tale è il caso citato da Langeron di una donna sessantenne che era entrata all'ospedale con un polso irregolare a 160 e tutti i segni di una distensione delle cavità destre (dispnea, edema delle gambe, albuminuria). Dopo otto giorni di trattamento con la chinidina (in tutto g. 10,8, dose massima quotidiana g. 2) il polso era ritornato regolare a 85; la sera dell'ottavo giorno, la donna cade bruscamente e muore in tre minuti; all'autopsia si trovò un cuore grasso senza lesioni valvolari, coronarie normali, nessuna traccia di embolie.

È necessario essere prudenti, far precedere il trattamento con una cura tonicardiaca di precauzione; la quantità totale del trattamento non deve oltrepassare 8-10 grammi. Anche in tal modo, la medicazione non fa miracoli; la regolarizzazione del ritmo non si ottiene che in una metà dei casi e, di questi, soltanto una metà vede prolungarsi la guarigione. Le aritmie recenti rispondono meglio che le antiche; l'aggiunta di una malattia valvolare è una causa di insuccesso. Nelle tachicardie parossistiche, il rimedio talvolta riesce e sembra impedire la ricomparsa di nuovi accessi. Si deve però tener presente che, talvolta, le tachicardie parossistiche cedono a qualsiasi medicazione e che, d'altra parte, la chinidina è controindicata nelle insufficienze cardiache. Ora, la tachicardia parossistica, se si prolunga per qualche ora, induce uno stato di insufficienza, con notevoli distensioni ventricolari, che non possono essere prevedute. Nel dubbio, meglio astenersi dalla chinidina ed attenersi alla medicazione classica: riposo assoluto in letto, vescica di ghiaccio sul cuore, regime idrolatteo di riduzione, digitalina a dosi deboli (5 gocce della soluzione a 1‰), inspirazioni ed espirazioni profonde.

Nelle altre malattie cardiache in cui l'aritmia esiste sola, è inutile la chinidina; i malati non soffrono per l'aritmia ed incominciano a respirare male soltanto quando i ventricoli entrano in distensione, cioè proprio nel momento in cui la chinidina può essere pericolosa. Lo stesso malato è giudice migliore del medico in tal caso, perchè preferirà le dosi deboli di digitalina da cui non vi è nulla da temere, alla chinidina che gli potrà fare scomparire l'aritmia, ma che ha inconvenienti che possono essere gravi.

fil.

Il modo di azione della sparteina.

L'uso della sparteina nelle malattie di cuore ha subito un arresto in questi ultimi tempi per le critiche che sono state mosse a tale rimedio in base a ricerche sperimentali. Delas e Soula (*La Presse médicale*, dicembre 1925) hanno precisato il modo di azione della sparteina, la quale ha la proprietà di eccitare la contrazione tonica del miocardio e di modificare la sistole, prolungandone l'effetto eccitando il sarcoplasma. La sparteina, al pari della veratrina, modifica profondamente l'eccitabilità del sarcoplasma e riesce ad aumentare la forza di contrazione del miocardio. La diminuzione di ampiezza delle pulsazioni cardiache deve essere interpetrata come un aumento del tono del miocardio. Le proprietà del muscolo cardiaco sono modificate nel senso dell'attitudine a fornire delle pressioni sostenute e prolungate sulla massa sanguigna.

La sparteina è indicata per combattere la tachicardia e la dilatazione del cuore.

fil.

L'uso di dosi massive di digitale.

Il metodo delle dosi massive di digitale trova la sua maggior indicazione nei casi di fibrillazione auricolare, e specialmente in quelle forme di fibrillazione acuta secondaria all'infezione reumatica che si presentano in maniera impressionante.

Nei casi di fibrillazione secondaria a miocardite cronica e accompagnati da seri fatti arteriosclerotici e renali il metodo dà invece resultati meno buoni. In ogni modo nei casi urgenti il suo impiego è sempre meno pericoloso dell'iniezione endovenosa di strofantina.

Il modo di rispondere dell'organismo all'introduzione di dosi massive ha un certo valore per formulare il giudizio prognostico.

Secondo A. Rae Gilchrist (*Edimb. Med. Journ.*, febbraio 1926), che l'ha usato in vari casi, si può praticamente calcolare la dose massiva sulla base

di 15 minimi (cmc. 0,9) di tintura per ogni 14 libbre (circa kg. 6,5) di peso corporeo, somministrando poi 20 minimi (cmc. 1,18) ogni 6 ore fino ad ottenere l'effetto terapeutico massimo.

Tenendo il malato sotto attenta osservazione, gli effetti tossici saranno rari e per lo più facilmente evitabili.

M. FABERI.

Il salasso negli ipertesi.

Ogni ammalato ha il suo grado di ipertensione comandato dall'alterazione dei suoi reni o delle sue arterie. Su questa ipertensione necessaria che favorisce la secrezione renale ed il deflusso del sangue nei vasi, si innestano le ipertensioni inutili o passeggere. Queste ultime guariscono essenzialmente mediante un'alimentazione adatta, mentre i medicamenti hanno minor valore.

Si deve tener presente che l'ipertensione è necessaria negli individui con ateroma cerebrale; è essa che assicura un sufficiente deflusso sanguigno nei vasi cerebrali e quindi si andrà cauti nel fare il salasso. C. Vincent e J. Darquier (*Journal des praticiens*, 12 settembre 1925) praticarono in due individui ateromatosi un salasso di 800 grammi per ovviare ad accidenti cerebrali che sembravano imminenti. La tensione massima si abbassò, quella minima rimase stazionaria e qualche ora dopo si ebbe l'ictus. Nel primo, dopo il salasso fatto alle 11, la tensione di 25/12 si abbassò a 21/12; alle 18 si ebbe perdita di conoscenza con emiplegia destra che persiste tuttora. Nel secondo, la tensione si abbassò da 28/12 a 21/12, e quattro ore più tardi si ebbe perdita di conoscenza, emiparesi destra, afasia; cinque giorni dopo, morte.

È quindi consigliabile di non fare un salasso più abbondante di 300 grammi, applicando un manometro all'altro braccio, sospendendo poi il salasso quando la pressione sistolica si è abbassata di 3 centimetri. Si farà poi bene ad avvisare la famiglia che il salasso non preserva sicuramente dagli accidenti cerebrali.

fil.

Nella crisi anginosa.

Si è proposto da qualche tempo contro la crisi anginosa il benzoato di benzile il quale agirebbe nello stesso modo che i nitriti. Si prescrive nel latte alla dose di 30 gocce della soluzione alcoolica al 20 %, ripetute 4 volte al giorno. Il rimedio può continuarsi per parecchi mesi senza inconvenienti. C. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 5 settembre 1925), però ritiene discutibile l'affermazione che il benzoato di benzile possa sostituirsi ai nitriti.

Qusti ultimi possono somministrarsi anche per iniezioni sottocutanee, per le quali si introduce 1/2-1 cmc. della soluzione al 2 %. Nelle crisi dolorose subentranti, sono consigliabili le iniezioni di:

soluzione di trinitrina a 1/100, gocce due;
cloridrato di morfina, mg. 2;
acqua distillata, cmc. 1.

Per una fiala. Di tali n. 10.

La trinitrina sembra più attiva che i nitriti, ma essa non agisce che contro il dolore anginoso e non previene il ritorno degli accessi.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Le funzioni della milza.

Per quanto le nozioni riguardanti le funzioni della milza non siano ancora complete, è certo che la splenectomia non arreca danni troppo notevoli agli individui che debbono esservi sottoposti.

J. Barcroft (*The Lancet*, 20 marzo 1924) mette in rilievo due funzioni importanti, cioè quella per cui l'organo rappresenta un serbatoio pel sangue, e quella per cui esercita azione modificatrice sulla resistenza delle emazie.

A causa della prima la milza nell'animale vivente è da due a quattro volte più grande che nell'animale morto, e la differenza è data tutta dalla quantità di sangue che contiene. Le emorragie, come pure gli esercizi fisici, provocano uno svuotamento di tale sangue nel torrente circolatorio, provvedendo in tal modo sia alla ricostituzione della massa sanguigna, sia al rifornimento di emoglobina fresca.

Quanto alla seconda funzione considerata dall'A., è provato che le emazie del sangue che fuoriesce dalla milza sono meno resistenti di quelle del sangue che entra. Il significato di ciò non è ben conosciuto, ma è provato dall'esperienza clinica che la splenectomia migliora l'ittero congenito acolurico, aumentando la resistenza globulare, e cura l'anemia splenica.

M. FABERI.

Ricerche sulla funzione fagocitaria dei megacariociti del tessuto mieloide.

Ai megacariociti, scoperti da Bizzozero, e molto studiati sono attribuite due funzioni; di essere i generatori delle piastrine per spezzettamento dei loro pseudopodi, e di essere dei fagociti di residui cellulari.

Firket e Bouille (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, vol. II, n. 4, luglio

1925) ammettono la prima funzione, ma negano la seconda, in base ad esperienze. Infatti provocando emolisi negli animali si libera del ferro che si trova fagocitato da svariati elementi cellulari, mentre non viene fagocitato dai megacariociti. Ugualmente facendo delle iniezioni di sostanze coloranti vitali, che viceversa sono fagocitate dagli elementi reticolo-endoteliali. Quindi i megacariociti non sarebbero fagociti.

L. TONELLI.

VARIA.

Gli errori di diagnosi.

In un qualsiasi congresso medico ci si metterebbe assai facilmente al riparo da una lapidazione se si gridasse: « Chi non ha mai sbagliato una diagnosi scagli la prima pietra! ». Gli errori diagnostici sono invero innumerevoli e il loro studio senza dubbio è assai utile. Martinet è giunto a fare una classificazione degli errori che presenta interesse e curiosità:

1) *Errori di diagnosi per ignoranza*:

a) ignoranza grossolana, nessuna scusa per il medico;

b) ignoranza relativa. Ignoranza di acquisizioni cliniche recenti nelle quali siamo tutti più o meno ignoranti e che giustifica la specializzazione;

c) l'indiagnosticabile allo stato attuale della scienza.

2) *Errori di diagnosi per esame difettoso*: i più frequenti:

a) per cattive abitudini (pigrizia, trascuratezza);

b) per cattivi metodi;

c) per cattivi clienti (pusillanimi, incomprensione, idee preconcette);

d) per cattive tecniche.

3) *Errori di giudizio*:

a) per ignoranza;

b) per ossessione;

c) per falsi ragionamenti;

d) per pusillanimità, timore di responsabilità;

e) per amor proprio e vanità.

Un errore frequentissimo è, per esempio, quello di dare un cachet antinevralgico di fronte a una cefalèa che un esame delle urine avrebbe fatto facilmente diagnosticare di origine nefritica.

Kaufmann (Rumania) (*Presse médicale*, n. 103, 26 dicembre 1925) cita numerosi esempi di errori di diagnosi· per esempio: un p. fu curato a lungo per sifilide faringea mentre aveva sintomi di intossicazione lieve da pillole di belladonna. Martinet ricorda un semplice varicocele diagnosticato per ernia scrotale. Cabot cita una diagnosi di ascite fatta quattro giorni prima di un parto. Una diagnosi di sordità per un tappo di cerume. Delle macchie caffè e latte di pitiriasi versicolor furono considerate di origine epatica ed il malato sottoposto a dieta strettissima.

Si citano casi di individui creduti e curati per nefritici perchè si era trovata una nube bianca riscaldando l'urina onde albuminuria... e si era omesso di aggiungervi la goccia di acido acetico. Delle chiazze di pitiriasi versicolor sopratutto se disposte al collo hanno fatto curare da medici ossessionati, dei malati per sifilitici.

Kaufmann cita infine un caso di una donna che fu curata a lungo come diabetica perchè portava l'urina al medico entro dei barattoli da miele non ben puliti.

L. TONELLI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

DEEKS W. E. *The influence of nutrition on deformities and Decay of the Teeth.* — New York, General Medical Department United Fruit Company, 1924.

ID. *The use of sweetened condensed, evaporated and powdered Milks for feeding infants in the tropics.* — New York, id., id.

DE FAVENTO PIERO. *La cura della sifilide col bismuto.* — Milano, Coop. Grafica degli Operai, 1924.

DE GAETANO LUIGI. *Un triennio di chirurgia ortopedica e riparatrice.* — Napoli, G. Barca, 1924.

ID. *La cura ambulatoria delle ulcere varicose.* — Napoli, G. Barca, 1924.

ID. *Cura chirurgica della elefantiasi degli arti inferiori.* — Biella, G. Amosso, 1924.

DE STEFANO F. e VACCAREZZA R. *La reacción de Schick en el adulto.* — Buenos-Aires, E. Spinelli, 1923.

D'ETTORRE TEMISTOCLE. *La pulmonite e il Jodo.* — Vasto, Arte della Stampa, 1924.

ID. *La cura dell'eresipela e l'uso e l'abuso dei sieri in terapia.* — Napoli, P. Sangiovanni e F., 1923.

DE TONI GIOVANNI. *Ospedale infantile di Alessandria* (Rendiconti, vol. 1, 1923 dell'). — Alessandria, Tip. Spiga, 1924.

DI PALMA A. *Di una modifica al becco eccentrico delle siringhe per iniezioni endovenose.* — Taranto, Lodeserto, 1924.

DI POGGIO ENRICO. *Delle più importanti applicazioni della Chemoterapia iodica.* — Milano, E. Zerboni, 1925.

FALCIONI DOMENICO. *La recrudescenza della malaria. Cause e rimedi.* — Roma, 1924.

FERRERI GHERARDO. *Fenomeni riflessi di origine nasale.* — Napoli, F. Giannini e Figli, 1923.

FIAMBERTI A. M. *La velocità di sedimentazione degli eritrociti in psichiatria.* — Pesaro, G. Federici, 1924.

FIMOGNARI FILIPPO. *La sindrome uremica.* — Bari, Ved. Trizio, 1924.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXVII. — Norme circa la costituzione e il funzionamento delle commissioni giudicatrici dei concorsi.

Si procedeva ad un concorso per la nomina ad impiego comunale. Il regolamento disponeva che della Commissione giudicatrice del concorso dovesse far parte un Consigliere aggiunto di Prefettura. Invece fu nominato membro della Commissione un ragioniere di Prefettura. Il Consiglio di Stato, con decisione 29 gennaio 1926, n. 26, ha dichiarato nullo il concorso per irregolarità della composizione della Commissione, stabilendo il principio che « nella designazione (per legge o per regolamento od anche altrimenti) delle varie qualifiche o dei gradi dei componenti delle Commissioni esaminatrici si ha riguardo alla specifica coltura ed alle attribuzioni proprie delle qualifiche medesime, perchè l'intento è quello di dare alle singole Commissioni carattere di piena e completa competenza nell'emettere i propri giudizi » e perciò è illegittima la costituzione della Commissione qualora siano chiamati a farne parte persone non corrispondenti esattamente alle qualifiche o ai gradi stabiliti dalla legge, dal regolamento o, comunque, da un provvedimento valido.

Formata la graduatoria (o terna) e consegnato il verbale si chiude il procedimento del concorso: la Commissione ha esaurito il suo compito e la competenza di essa non può rivivere senza una nuova investitura da parte dell'autorità competente. Se, successivamente, un candidato rinunzia a partecipare al concorso, la Commissione non può perciò modificare la graduatoria o la terna già formata, anzi non può compiere nessun atto. Così ha deciso la V Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 19 dicembre 1925 n. 471, la quale ha anche confermato il principio che per la validità delle risoluzioni delle Commissioni giudicatrici è necessario l'intervento di tutti i componenti di esse.

XXVIII. — In quali casi le assemblee consorziali devono deliberare in seduta segreta.

A norma dell'art. 14 del regolamento sanitario 19 luglio 1906 n. 466 e dell'art. 44 del r. d. 30 dicembre 1923 n. 2889, devono applicarsi anche alle deliberazioni dei consorzi sanitari la norma dell'art. 295 secondo comma della legge comunale e provinciale, per la quale le questioni concernenti persone devono essere deliberate in seduta segreta e la norma dell'ultimo comma dell'art. 161 del relativo regolamento, la quale prescrive che deve risultare dal verbale che si è deliberato in seduta segreta per le questioni concernenti persone.

La violazione di queste norme, cioè anche di quelle formali relative alla compilazione del verbale, sono causa di nullità. In tal senso ha deciso la V Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 4 dicembre 1925 n. 448.

XXIX. — Provvedimenti straordinari per la riforma degli organici.

Già annunziammo che l'adunanza plenaria delle Sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato aveva risoluto la nota questione circa i rimedi contro i provvedimenti emanati dagli enti locali in applicazione del decreto 27 maggio 1923 n. 1176. È stata pubblicata, frattanto, la decisione 12 febbraio 1926 n. 1 che risolve la questione nel senso da noi indicato secondo la tesi che sin dal primo momento a noi parve fondata. È ormai dunque assodato che i provvedimenti suddetti hanno carattere definitivo e sono impugnabili direttamente al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale anche se abbiano per obbietto la sola riforma dell'organico e non dispongano la dispensa di impiegati dal servizio.

Risolvendo tale questione, e giudicando poi del merito del ricorso sottoposto al suo esame, l'adunanza plenaria ha stabilito che il termine per le riforme previste dai rr. dd. 27 maggio 1923 e 24 settembre dello stesso anno è già scaduto definitivamente fin dal 31 dicembre 1924, e che, pertanto, è illegittima la deliberazione che sopprime posti e dispensa gli impiegati dal servizio in forza dei poteri attribuiti dai suddetti decreti.

Ha dichiarato inoltre l'adunanza plenaria che i provvedimenti sopra indicati, una volta deliberati dagli organi competenti, sono perfetti e definitivi e *non sono soggetti nemmeno ad approvazione della G. P. A. in sede di tutela.*

XXX. — Annullamento di nomina per incompatibilità.

Un decreto prefettizio che abbia annullato la nomina di un medico condotto per incompatibilità, per esercizio abituale del commercio, confermando così il decreto del Sottoprefetto, il quale aveva annullato a sua volta la nomina anche per

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

violazione delle norme stabilite a favore degli ex combattenti, deve essere esaminato dal Consiglio di Stato, in sede di legittimità, solo in rapporto ai motivi del provvedimento impugnato e non di quelli del precedente decreto sottoprefettizio. La denunzia di eccesso di potere contro il decreto del prefetto, per inesistenza dei fatti posti a base del provvedimento, deve essere provata dal ricorrente. In mancanza di tale prova il decreto deve ritenersi legittimo. Per intendere meglio la risoluzione suddetta, risultante dalla decisione 4 dicembre 1925 n. 450 della V Sezione del Consiglio di Stato, si deve tener presente la disposizione dell'art. 40 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, la quale stabilisce che « è incompatibile l'ufficio di medico, di veterinario, di farmacista e di levatrice condotti con l'esercizio di atti di commercio per professione abituale nonchè con ogni altra occupazione che, a giudizio dell'amministrazione comunale, sia ritenuta non conciliabile con l'osservanza dei doveri e del decoro dell'ufficio ». La seconda ipotesi presuppone l'esercizio di un potere discrezionale di valutazione attribuito all'autorità comunale; la prima, invece, si basa sull'accertamento di una determinata situazione di fatto. Si comprende perciò come soltanto la prima possa essere considerata dal Prefetto, in sede di vigilanza giuridica, allo effetto dell'annullamento della deliberazione di nomina, qualora risulti che il sanitario nominato eserciti atti di commercio per professione abituale.

XXXI. — Acquiescenza.

L'accettazione tacita di un provvedimento deve risultare da fatti incompatibili con la intenzione di impugnarlo. Pertanto, non è fondata la eccezione di improponibilità del ricorso, per acquiescenza, qualora si deduca che l'impiegato licenziato abbia percepito la indennità di licenziamento. Questo fatto non può importare accettazione tacita del provvedimento con lo effetto di precludere la via al ricorso, tanto più poi se sia stata riscossa la indennità con riserva. In ogni modo, la presentazione del reclamo, nel termine stabilito dalla legge, dimostra una volontà del tutto contraria a quella dell'accettazione del licenziamento. (Consiglio di Stato, decisione 29 gennaio 1926 n. 23).

XXXII. — Sino a qual punto sono esecutivi gli atti amministrativi.

L'atto amministrativo è, per sua natura, esecutivo, salvo che disponga diversamente la stessa autorità che lo ha emanato. Nemmeno il ricorso in sede gerarchica ha effetto necessariamente sospensivo. Qualora si ricorra in sede giurisdizionale la esecuzione dell'atto o provvedimento impugnato può essere sospesa per gravi motivi. Queste sono regole certe e non contestabili.

Si è presentato questo caso: un impiegato (segretario comunale) licenziato dall'ufficio aveva ricorso alla G. P. A. in sede giurisdizionale. L'amministrazione citò l'impiegato innanzi al magistrato ordinario per ottenere il rilascio della casa di proprietà dell'ente, abitata dall'impiegato in forza del contratto di impiego.

Posto che il provvedimento amministrativo, cioè il licenziamento, aveva efficacia esecutiva, malgrado il ricorso alla G. P. A., poteva l'autorità giudiziaria decidere la controversia e condannare l'impiegato al rilascio della casa, essendo risoluto il rapporto di impiego che costituiva la fonte del diritto all'alloggio gratuito? La Corte di Cassazione, Sezioni Unite, con sentenza 4 dicembre 1925, ric. Zammatano contro Cacopardo ha risoluto il quesito in senso negativo, dichiarando che il Magistrato ordinario deve in tal caso sospendere di provvedere fino all'esito del giudizio amministrativo. Vero che l'atto amministrativo è per sua natura esecutivo ma, ha soggiunto la Corte di Cassazione, quando l'autorità amministrativa, anzichè far eseguire il proprio provvedimento, si rivolge al giudice ordinario per ottenere un titolo giurisdizionale esecutivo (sentenza), essa non può pretendere che la esecutorietà dell'atto amministrativo permanga immutato innanzi al giudice ordinario, ma deve assoggettarsi alle norme di competenza e correlativa potestà dell'autorità giudiziaria. E poichè il giudice ordinario conosce dell'atto amministrativo in rapporto all'oggetto dedotto in giudizio, mentre della legittimità di esso conoscono gli organi di giustizia amministrativa, una volta impugnato dall'interessato dinnanzi a questi organi l'atto amministrativo, deve il giudice ordinario sospendere la propria decisione, il che è quanto dire dichiarare la propria temporanea incompetenza.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per i medici di bordo.

In seguito a trattative dell'Associazione Nazionale dei Medici di Bordo (Genova, via Palestro, 11-3) con la Federazione Armatori Italiani (Genova, via XX Settembre 19-4), si è addivenuti al seguente concordato:

Con effetto dal 16 settembre 1925 e fino al 30 aprile 1926, è accordata ai medici avventizi, per il periodo di effettivo imbarco, una indennità speciale di caro vita pari al dieci per cento degli emolumenti complessivi.

Parimenti con decorrenza dal 16 settembre 1925, il supplemento per la direzione del servizio sanitario è fissato in L. 300 per i piroscafi di stazza lorda superiore alle tonn. 20.000.

Considerato che le altre richieste della Associazione Nazionale dei Medici di Bordo potrebbero avere ripercussioni sulla situazione delle altre categorie di personale, è convenuto che le richieste stesse saranno oggetto di riesame in sede di revisione del Regolamento 1924.

Per quanto riguarda l'onorario che i medici chiedono di essere autorizzati a percepire dal passeggiero di classe, gli armatori espongono le ragioni per le quali ritengono di non poter aderire alla richiesta e l'Associazione Nazionale dei Medici di Bordo si riserva di ripresentarla quando i Ministeri competenti avranno emanato in proposito disposizioni definitive. — Genova, 9 febbraio 1926. F.to: Wladimiro Giulio Perosio.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. *Opere Pie Ospitaliere.* — Chirurgo primario; vedi fasc. 17. Scad. 15 maggio.

ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Consor.; lire 8000 oltre L. 600 serv. att. ordin., L. 800 serv. att. straord., L. 500 uff. san., c.-v., per 1000 pov. su circa 2000 ab.; in corso aum. stip. base a L. 9000; cavalc. L. 4000; docum. a 3 mesi; serv. entro 15 gg. A tutto il 31 maggio.

AUDITORE (*Pesaro*). — Scad. 25 mag.; L. 8000 e primo c.-v.; 5 quadr. dec.; addiz. L. 2 oltre 500 pov.; p. cav. L. 3000; disag. resid. L. 1000; uff. san. L. 400; tassa L. 50.

CEPRANO (*Roma*). — Al 15 giu.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., c.-v. e addizionali L. 4 e L. 5 oltre 1000 e 2000 pov.; ab. 7283 di cui 2572 nel capol.; Ospedale. Docum. a 3 mesi dal 22 apr. Accettaz. entro 5 gg.

CICERALE CILENTO (*Salerno*). — A tutto il 15 mag.; vedi fasc. 14.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Per Fraccano; a tutto 31 mag.; docum. a 3 mesi dal 20 apr.; tassa L. 50; stip. L. 8000 e 5 sessenni dec. oltre c.-v. in L. 1620 e serv. att. in L. 600; per trasp. L. 500-4000; serv. entro 20 gg.

CIVITA CASTELLANA (*Roma*). — Al 30 mag. due cond. comprimarie; vedi fasc. 16.

CIVITAVECCHIA (*Roma*). — Scad. 15 mag., per S. Marinella e S. Severa; L. 7000 e 5 quadr. dec., oltre doppio c.-v.

COMO. *R. Prefettura.* — Ufficiale san. di Lecco. Ab. 30,000 c.; kmq. 35 c. L. 15,000 oltre L. 3000 incarico uff. sanitario scolastico e L. 3000 trasp.; c.-v. Divieto esercizio profess. libero. Scad. ore 18 del 31 mag. Età lim. 45 a. Tassa L. 50.20 alla Tesoreria Comun. di Lecco.

DESIO (*Milano*). *Ospedale Civile.* — Primario medico; L. 12,000 e abitaz.; scad. ore 15 del 30 giu.; età mass. 45 a.; tassa L. 50 alla Congreg. di Carità; quadriennio di assistentato o aiuto in clinica med. od in osped. importante. Nom. triennale e conferme quinquennali fino a 65 anni. Letti 230.

DOSOLO (*Mantova*). — Per Villastrada; vedi fasc. 17. Scad. 20 maggio.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — Scad. 31 mag. Stip. L. 10,000; 5 quadr. 1/10; uff. san. L. 500; se possessore cav. L. 2000; 951 famiglie di cui 630 a cura gratuita. Altit. m. 800; dalla ferr. km. 22. Età mass. 40 a. Tassa L. 50.15.

GAZZANIGA (*Bergamo*). — Consor.; al 10 giu.; vedi fasc. 16.

IVREA. *Ospedale Civile.* — Medico primario; scad. 20 maggio. Vedi fasc. 17.

LECCE. *Congregazione di Carità.* — Direttore del Gabinetto di Istologia e Batteriologia nell'Ospedale Civile « Vito Fazzi ». Scad. ore 12 del 15 mag. Vedi fasc. 15.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Suzzara; L. 7800 e 3 quadrienni dec.; c.-v. in lire 1200; è consentito il libero eserc. profess. Alle ore 18 del 15 giu. Ab. 15518; ha. 6069. Docum. a 3 mesi. Chiedere annunzio.

MARCARIA (*Mantova*). — 1ª condotta, comprendente il capoluogo; kmq. 20; ab. 2700 c., dei quali 2000 c. agglomerati; L. 9000, oltre L. 2000 o L. 1250 indenn. integrativa (a seconda che il sanit. sia sposato o celibe); L. 500-2500 trasp.; scad. ore 17 del 20 mag. Età lim. 39 a. Saranno esclusi i disertori e gli autolesionisti. Tassa L. 50.10.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Primario specialista neurologo; vedi fasc. 17. Scad. 30 giu.

MORROVALLE (*Macerata*). — Scad. 15 mag.; lire 8000 e 3 quadr. dec.; ricostruz. carriera 1-3 decimi; eventuale aum. decimo stip. iniziale; L. 500 a 2500 trasp.; assistenza non iscritti fino a lire 10,000 di reddito.

PALESTRINA (*Roma*). — 2ª zona; al 31 mag. ore 18; L. 8500 p. 1000 pov., addiz. L. 4 fino a 2000 pov., L. 5 oltre, 5 quadr. dec.; c.-v. in L. 1200; tassa L. 50.15. Chiedere annunzio.

PORDENONE (*Udine*). — 2° rep., scad. 20 mag.; L. 10,768 complessive, oltre 3 c.-v. e 6 quadr.

RADICONDOLI (*Siena*). — Scad. 15 mag.; per Belforte; L. 8000 e 6 quadr. dec.; c.-v. in L. 2286 per l'anno corrente; trasp. L. 500-3000; età lim. 45 a.; tassa L. 50.05; serv. entro 15 gg.

ROMA. *Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità M. M.)*. — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Esami. Il conc. avrà luogo presso il Ministero della Marina il 2 ag. ore 10. Per informazioni e per ottenere copia dei programmi, rivolgersi al Ministero della Marina, Direzione Generale del Personale e dei Servizi Militari, oppure alla Direzione Centrale di Sanità Militare Marittima, come anche alle locali Direzioni di Sanità Militare Marittima a La Spezia, Taranto, Pola, Venezia, Napoli e La Maddalena.

SERRAVALLE DEL CHIENTI (*Macerata*). — A tutto 20 mag., per Acquapagana; L. 8000 e quadr. dec. fino a metà dello stip. base; doppio c.-v.; cavalc. L. 2500; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10; accettaz. entro 5 gg.

TERRACINA (*Roma*). — Ab. 14,500 circa; Osped. Civico. Scad. 30 maggio. Richiedesi esercizio in grande Ospedale o in Clin. med. Tassa L. 50. Docum. a 3 mesi dal 15 apr. Stip. L. 8500 per 1000 pov., addiz. L. 4 fino a 2000 e L. 5 oltre; c.-v.; tariffa da abbienti e semi-.

VALBREVENNA (*Genova*). — Scad. 15 maggio; L. 9600 e 10 bienni ventes.; L. 500 uff. san.; L. 1200 c.-v.; indenn. cavallo da convenirsi.

VENZONE (*Udine*). — Scad. 15 mag.; L. 9000 e 5 quadr. dec., c.-v., L. 500 serv. att., L. 280 assegno *ad personam*, L. 900 uff. san., L. 1500 bicicl. o motocicl.; tassa L. 50.15; età lim. 35 a.

VILLALFONSINA (*Chieti*). — Scad. 25 mag.; lire 9000, p. uff. san. L. 500; tassa L. 50.15; età lim. 40 a.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla cattedra di Clinica oculistica della R. Università di Sassari sono risultati: 1) Maggiore Lui, 2) Lo Cascio Girolamo. Il C. S. P. I., nell'adunanza del 17 febbraio u. s., ha rilevato che dai verbali e dalla relazione risulta evidente la maturità di tutti i concorrenti e che dall'esame comparativo dei giudizi risulta una stridente incongruenza tra gli ottimi giudizi riportati ad unanimità da alcuni candidati e la esclusione dalla terna; non reputando equa la graduatoria fatta, ha proposto l'annullamento del concorso. Accogliendo tale proposta, il ministro della P. I., con decreto del 1° marzo, ha dichiarato nulli e di nessun effetto gli atti del concorso.

I proff. Michele Bolaffio e Giacomo Aymerich sono nominati direttori delle Cliniche ostetrico-ginecologiche rispettivamente di Cagliari e di Perugia.

La Segreteria della Società Italiana di Medicina interna comunica:

« Si è riunita in Roma, il 18 aprile 1926, la Commissione giudicatrice per il conferimento del 2° premio Hoffmann La Roche, il cui bando di concorso era stato chiuso il 31 dicembre 1925, nelle persone del sen. prof. Edoardo Maragliano, presidente; prof. Vittorio Ascoli, consigliere delegato; proff. Luigi Zoia e Ferruccio Schupfer, commissari.

La Commissione ha proceduto alla verifica dei lavori presentati dai sette concorrenti: signori: dott. Lepore Mariano, dott. Spirito Francesco, dott. Travagli Furio, dott. Roffia Giovanni, dott. Villa Luigi, dott. Corsonello Pasquale, dott. De Nunno Renato; dopo minuzioso esame di ogni singola pubblicazione, ha deliberato, ad unanimità, meritevoli del premio i dottori Villa Luigi e De Nunno Renato, assegnando a ciascuno di essi la somma di lire cinquemila ».

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: dott. Leopoldo Pergher, direttore del Dispensario antitubercolare di Trento; prof. Egidio Welponer, già direttore della Scuola di Ostetricia di Trieste; dott. Alberto Botti, medico demografo del Comune di Napoli.

ORDINE MAURIZIANO.

Gran cordone: gen. med. capo Luigi Ferrero di Cavallerleone.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Giornate mediche tunisine.

Dal 2 al 6 aprile si sono svolte a Tunisi « Les Journées Médicales tunisiennes » per le quali se era pur grande l'attesa possiamo oggi dire che il brillante successo ha superato le più rosee previsioni. Infatti il Congresso ha riunito oltre 500 medici del bacino del Mediterraneo dei quali non pochi erano accompagnati dalle loro famiglie allettate dalle facilitazioni e dai festeggiamenti.

Erano rappresentate molte Nazioni e naturalmente in prima linea per numero la Francia con i professori: LÉON BERNARD, PIERRE DUVAL, MESNIL, GRÉGOIRE, LABBÉ, OMBREDANNE, DE MONARY, LESNÉ, CHEVASSU, DE MASSORY di Parigi, MINET di Lilla, MOURRE di Bordeaux, ROGIER e AUBARET di Marsiglia, MIGNOT dell'Asilo di Ville Hebrardt, per non citare che i più noti.

L'Italia era altamente e degnamente rappresentata dal prof. VITTORIO ASCOLI clinico di Roma, dal sen. prof. GIUSEPPE SANARELLI direttore dell'Istituto di Igiene di Roma, dal prof. ROCCO JEMMA Rettore dell'Università di Napoli.

Il Governo belga si era fatto rappresentare dal prof. RULOT. Il Governo svedese dal prof. REEU-

STIERNA della Facoltà di Stoccolma. V'era il prof. ZAMMIT, Rettore dell'Università di Malta; per l'Algeria i proff. ARDIN-DELTEIN RENHAUD e POROT. Per la Tripolitania il prof. ONORATO e il dott. comm. MAZZOLANI e delegato del Governo Egiziano il dott. HANAN KEMAL EFFENDI del Cairo.

Alla seduta di inaugurazione parlarono il residente generale di Francia, il prof. CHARLES NICOLLE direttore dell'Istituto Pasteur, presidente del Congresso e tutti i delegati esteri fra cui applauditissimo in nome della Delegazione italiana il sen. SANARELLI, il quale si disse lieto di recare, nel magnifico paese, erede della prosperità di Cartagine e specialmente al Corpo medico tunisino, la simpatia e la solidarietà del Corpo medico italiano. E dopo aver accennato ai vincoli che devono legare i popoli che hanno lottato insieme e sofferto, concluse che dobbiamo stringere sempre, il più possibile, queste solidarietà scientifiche, spirituali e professionali, già consacrate dal sangue negli anni oscuri della guerra, allorchè si trattò di salvaguardare il nostro diritto alla vita e di salvare tutta una civiltà. L'Italia e la Francia sono vicine, anche in Africa: esse hanno perciò il dovere, come Nazioni sorelle, per lo stesso prestigio della civiltà latina, di vivere unite e concordi. In nome di queste nobili idealità e della simpatia spirituale che ha sempre unite, sulla via del progresso, l'Italia e la Francia, egli fa voti per lo sviluppo sempre più intimo dell'amicizia cordiale e sincera fra i due paesi.

Il Congresso aveva ripartito i suoi lavori in 12 sezioni delle quali quattro interessanti in modo speciale la patologia del bacino del Mediterraneo.

Non è possibile in una breve corrispondenza fare una analisi completa dei lavori interessantissimi e bene ordinati di tutte le sezioni e pertanto qui si fa cenno alle sezioni nelle quali i nostri connazionali hanno maggiormente collaborato.

Interessantissima e importantissima la sezione riguardante la febbre mediterranea nella quale hanno autorevolmente interloquito i proff. ASCOLI e SANARELLI.

In questa sezione presieduta dal prof. BURNET vice direttore dell'Istituto Pasteur, il prof. ASCOLI ha comunicato l'esito degli studî fatti nella sua clinica specialmente dal dott. TRENTI sulla cutireazione alla Burnet concludendo con un caldo elogio per questa importante reazione biologica da doversi applicare assieme all'emocultura (la più preziosa delle conferme quando risulti positiva) e con la ricerca dell'agglutinazione. Il prof. SANARELLI ha poi fatto una importante relazione sulle differenze tra il Micrococcus melitensis e il Bacillus abortus riportando gli esperimenti della sua scuola e gli studi epidemiologici fatti in Italia dai quali risulta che il bacillo di Bang tanto affine al micrococco può bene essere patogeno per l'uomo e divenire fonte di epidemie umane di origine epizootica.

Il prof. ZAMMIT ha ricordato i suoi studî preziosi fatti a Malta ed è stato fatto segno ad una vera ovazione quando con la massima modestia ha ricordato la sua scoperta del veicolo o per essere più esatti di uno dei più importanti veicoli di infezione per l'uomo, dato dalle capre per mezzo del latte. Altri poi hanno presentato delle osservazioni cliniche originali per mettere in luce delle localizzazioni non ancora conosciute della febbre ondulante nell'organismo malato con sintomatologia ancora inesplorata. Così per es. il dott. COHEN BOULATIA ha comunicato un caso di febbre ondulante con complicazioni oculari gravi studiato all'Ospedale Italiano per la parte clinica dal prof. ORTONA nel cui reparto era ricoverato e per la parte oculare del prof. VARESE. In questo malato fu constatata infezione delle membrane interne dell'occhio incominciando con nevrite ottica e poi finita con una flogosi della coroide e infine con un glaucoma acuto dolorosissimo da necessitare la iridectomia.

I dottori BEMNUSA e MAURICE AZZAN parlarono della febbre mediterranea nei bambini e i dottori BEMNUSA e SPEZ delle sue complicazioni polmonari negli adulti.

Il dott. MAZZOLANI di Tripoli a corroborare la tesi del prof. SANARELLI ha parlato di una epidemia di aborto epizootico seguito poi da una epidemia umana di febbre ondulante.

Il prof. H. ROGIER di Marsiglia ha parlato della spondilite melitococcica. Il prof. ONORATO di Tripoli ha parlato di una sua osservazione interessantissima di coxite che pareva di origine tubercolare. Il dott. HAYAT ha trattato dei punti di contatto e di somiglianza tra la melitococcia e la tubercolosi.

I dottori EMILE LEVY e MAURICE AZZAN di una reazione meningea con paralisi del VI, VII e X paio guarite con la guarigione della febbre mediterranea.

Il dott. SORI su una orchite ove trovò nel liquido della vaginale una cultura pura di micrococco di Bruce, guarigione consecutiva dopo autosiero-vaccinoterapia con lo stesso liquido estratto.

Il prof. ARDIN DELTEIL sulla diminuzione della febbre mediterranea nel dipartimento di Algeri e di un piccolo focolaio persistente nella regione di Orano.

Altra sezione importante fu quella dedicata al morbillo, nella quale il prof. LESNÉ riferì sulle applicazioni dell'emoprofilassi antimorbillosa allo Ospedale Trousseau di Parigi.

Il prof. MINET di Lilla riportò gli esiti delle sue numerose osservazioni sulla vaccinoterapia delle complicazioni bronco-polmonari del morbillo; il dott. MAZZOLANI parlò della profilassi antimorbillosa a Tripoli. Il prof. LÉON BERNARD parlò delle applicazioni pratiche della siero-profilassi a Parigi.

Importante poi la comunicazione del dott. COUREIL di Tunisi; e a questo proposito è bene ricordare che il metodo della siero-profilassi del morbillo è stato per prima volta posto in luce dai dottori NICOLLE e CORNEIL dell'Istituto Pasteur di Tunisi.

Nella sezione epidemiologica e malattie infettive

l'illustre prof. Rocco JEMMA di Napoli parlò con insuperabile competenza sulla diffusione del kala-azar in Italia. Il prof. MESNIL dell'Istituto Pasteur parlò della cura chemoterapica fermandosi specialmente sui preparati bismutici e antimoniali e infine il prof. NALLO espose i risultati interessanti ottenuti con il fosfoantimoniato di soda.

Nella sezione di Medicina generale il prof. ASCOLI fece una magnifica e apprezzatissima relazione sulla sua esperienza personale nella cura insulinica del diabete e delle più gravi complicazioni di esso.

Il prof. ARDIN-DELTEIN parlò con molta autorità e competenza sulle anemie spleniche di oscura etiologia.

Nella sezione chirurgica fu trattato ampiamente della chirurgia gastro-duodenale con relazioni ascoltatissime dei proff. PIERRE DUVAL e GREGOIRE di Parigi, del dott. BURNET di Tunisi e del prof. CHEVASSU di Parigi sulla prostatectomia.

Rinuncio per brevità ad accennare ai lavori delle altre sezioni.

I lavori si svolsero con il massimo ordine grazie all'organizzazione perfetta del comitato ordinatore di cui fu anima il dott. GÉRARD, medico primario dell'Ospedale Civile Francese.

I festeggiamenti furono riuscitissimi: il primo giorno dopo l'inaugurazione fu offerto dal Sindaco ai congressisti un vino di onore al Belvedere.

La sera illuminazione del quartiere arabo e poi festa araba nel palazzo sontuoso di un grande dignitario indigeno. La seconda sera pranzo in onore dei delegati esteri e dei principali congressisti alla Residenza di Francia seguito da ricevimento e ballo a cui erano invitati oltre tutte le autorità cittadine e la migliore società, tutti i congressisti con le loro famiglie. La terza sera serata di gala al teatro municipale, e infine la quarta sera banchetto di 450 coperti nelle splendide e sontuose sale del Tunisie Palace.

Ebbero anche luogo due riuscitissime gite all'interno, durate più giorni.

Tengo in ultimo a dire che i rappresentanti della scienza medica italiana furono oggetto da parte delle autorità governative della presidenza e del comitato ordinatore come da tutti i medici francesi delle più simpatiche attenzioni e della più calda cordialità. Non parlo della gioia e dell'orgoglio dei medici italiani qui stabiliti nello accogliere i nostri delegati e nel festeggiarli, nè posso dimenticare la visita di questi all'ospedale coloniale italiano Giuseppe Garibaldi ove i medici italiani, consci delle loro fatiche assidue e costanti per portare il nostro istituto all'altezza e all'avanguardia dei migliori ospedali della capitale del protettorato, si sono sentiti largamente ricompensati per il solo fatto dell'approvazione, della soddisfazione e dell'incoraggiamento che hanno avuto dai loro Maestri.

Tunisi, 17 aprile 1926.

O.

NOTIZIE DIVERSE.

Problemi igienico-sanitari alla Società delle Nazioni.

Promosso dall'Organizzazione d'Igiene il 22 febbraio e per la durata di sei settimane ebbe luogo in Inghilterra uno scambio di personale sanitario municipale allo scopo di studiare tutto il sistema d'amministrazione sanitaria di Londra e delle Contee circostanti, nonchè di far conoscere i diversi problemi attinenti all'igiene della città di Londra. I funzionari che parteciparono a questo scambio appartengono ai servizi sanitari della Germania, Austria, Brasile, Canadà, Stati Uniti, Francia, Grecia, Ungheria, Italia, Giappone, Panama, Polonia, Rumenia e del Regno dei Serbi-Croati-Sloveni. Essi hanno studiato il sistema d'amministrazione del Dipartimento sanitario del Consiglio della Contea di Londra, come pure i metodi di ispezione dei prodotti alimentari, di vettovagliamento e di distribuzione nella Contea stessa. Hanno visitato gli ospedali speciali pei lebbrosi, i sanatorî ed i laboratorî del *Metropolitan Asylums Board* e i laboratorî del *Metropolitan Water Board*. Lo scambio si è iniziato con una visita al Ministero dell'Igiene. I partecipanti furono divisi in gruppi che hanno studiato il funzionamento dei servizi locali ai quali essi saranno adibiti: servizi sanitari di cinque quartieri di Londra, di tre distretti suburbani e di tre contee.

Il Comitato speciale incaricato di studiare i voti e i bisogni della navigazione marittima in vista della prossima revisione della Convenzione sanitaria del 1912, si è riunito il 25 febbraio a Parigi.

È noto che una Conferenza internazionale sarà convocata dal Governo francese il 10 maggio prossimo per procedere a questa revisione. La Sotto-Commissione dei Porti e della navigazione marittima della Società delle Nazioni ha segnalato all'attenzione dei Governi la necessità di tener conto, al momento delle deliberazioni della Conferenza, delle ripercussioni economiche che potrebbero produrre sulla navigazione le soluzioni esaminate dal punto di vista sanitario. Appunto a tal fine essa ha incaricato un Comitato speciale di esaminare la questione e preparare un memoriale.

Il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni si è adunato il 26 aprile a Ginevra.

Il Comitato consultivo dell'oppio si adunerà il 26 maggio a Ginevra.

Congresso internazionale d'idrologia.

Il 22 aprile u. s. si è chiuso a Tatra sui Carpazi Ceco Slovacchi il Congresso indetto dalla « International Society of Medical Hydrology » di Londra. Al Congresso parteciparono numerosissimi medici provenienti da ogni paese d'Europa, guidati dal Presidente Monod di Parigi e dal Presidente Onorario dott. Fox di Londra. La missione italiana era diretta dal prof. A. Vinaj.

Furono visitate le stazioni di Karlsbad, di Marienbad, di Franzensbard, di Pistany e la regione climatica alpina di Tatra. I congressisti vennero inoltre ricevuti a Praga dal Ministro della Sanità pubblica e previdenza sociale e furono ospiti del Borgomastro.

Notevoli relazioni furono svolte sull'azione delle acque minerali sul fegato (Glénard di Vichy), sui disturbi endocrini (Porges di Karlsbard), sulla pressione arteriosa (Pflanz di Marienbad e Guilleaume di Spa). Relazioni sulla cura dei fanghi termali (Vinaj, Piccinini, Di Tommasi, Schmidt, Reichart e Verres).

A Franzensbard il prof. Zorkendofer tenne una interessantissima conferenza sull'analisi chimica e fisica delle acque minerali.

A Tatra venne visitato un imponente, modernissimo sanatorio per malati di petto diretto dal dott. Szontagh.

Il prossimo Congresso, per invito della rappresentanza itaiana in accordo con l'Enit, avrà luogo a Montecatini nel 1927 in occasione dell'inaugurazione delle RR. Terme del Tettuccio.

Secondo Convegno Infortunistico Toscano.

Si è tenuto il 28 marzo nell'Aula dell'Istituto di Medicina Legale, sotto la presidenza del prof. G. Prosperi. Vennero svolte comunicazioni di F. Leoncini, C. Tovo, A. Mori, A. Ciampolini, A. Antonini, A. Biancalani, G. Prosperi, A. Tarducci, E. Paparcone.

Corso clinico-profilattico sulla tubercolosi.

Fra il 17 e il 29 maggio, per iniziativa della « Crociata contro la tubercolosi » e sotto gli auspici della Clinica Medica Generale Universitaria, si terrà in Torino un corso per medici e laureandi in medicina, avente lo scopo di render loro noti i recenti ed accertati progressi della scienza e della pratica per la profilassi e la cura della tubercolosi. Vi parteciperanno i proff.: Micheli, Ceconi, Allaria, Vicarelli, Uffreduzzi, Vanzetti, Gavello, Cappelli, Battistini, Borelli, Gamma, Bertolotti, Abba, Bormans.

Per le inscrizioni e per informazioni rivolgersi alla « Crociata contro la tubercolosi », Via Corte d'Appello, 1, Torino.

Scuole di perfezionamento presso l'Università di Pavia.

Il Ministero della P. I. modificando lo Statuto della R. Università di Pavia, ha istituito presso quella Università scuole di perfezionamento per laureati in medicina e chirurgia, le quali conferiscano diplomi validi a norma delle vigenti leggi per le seguenti specialità: 1) Medicina interna (durata del corso, 5 anni); 2) Chimica, microscopia e immunologia clinica (2 anni); 3) Chirurgia (5 anni); 4) Malattie del tubo digerente, sangue e ricambio (2 anni); 5) Tisiologia e patologia polmonare (3 anni); 6) Clinica dermosifilopatica (2 anni); 7) Clinica psichiatrica (2 anni); 8) Neurologia (3 anni); 9) Psichiatria e neuropatologia (3 anni); 10) Clinica oculistica (3 anni); 11) Otorinolaringoiatria (3 anni); 12) Clinica pediatrica ed igiene infantile (2 anni); 13) Clinica ostetrico-ginecologica (4 anni); 14) Perito medico-giudiziario e delle assicurazioni (2 anni); 15) Radiologia (2 anni); 16) Medico micrologo (2 anni). Durante gli anni indicati per ciascun corso, gli aspiranti al diploma di specialista dovranno frequentare oltre l'Istituto speciale della materia in cui intendono perfezionarsi, anche qualche altro Istituto di biologia medica.

L'Ufficio di orientamento professionale.

Funziona da oltre un anno presso il R. Istituto Nazionale di istruzione professionale in Roma ed è diretto dalla dott.ssa Maria Diez Gasca. Esso ha per scopo l'esame degli allievi nei riguardi sanitarii ed igienici al fine di determinare le singole attitudini all'esercizio delle varie professioni e dei vari mestieri.

I rilievi antropometrici fatti durante questo primo anno di attività sono raccolti in una pubblicazione della dott.ssa Diez Gasca, che fornisce interessanti dati antropometrici ed importanti osservazioni sullo stato di nutrizione e di sviluppo (indici di Pirquet e di Wolfer), sullo stato di salute degli allievi, sull'esame del visus, ecc.

Conferenze di propaganda igienica.

Per iniziativa del Governatorato di Roma, sono state organizzate conferenze popolari scientifiche. Esse si tengono nella sala « Minerva » e vi può intervenire liberamente il pubblico.

Il sen. Marchiafava ha parlato su « La tutela dell'infanzia e la recente legislazione » e il prof. Baglioni ha trattato il tema « Principii economici dell'alimentazione umana ».

È assicurata la collaborazione di altri illustri medici d'Italia.

Radiodiffusione dell'igiene in Italia.

L'Unione Radiofonica Italiana ha preso, da tempo, l'iniziativa di compiere un'efficace propaganda igienico-sanitaria. Il compito è stato affidato al dott. Giovanni Pugliese. Un primo ciclo di conversazioni si è svolto dal giugno all'ottobre dell'anno scorso, a intervalli di 8 giorni. Esse sono state riprese in febbraio e continuano tuttora, ad intervalli di 15 giorni.

Le conferenze non durano più di 15-16 minuti, allo scopo di non affaticare gli ascoltatori. Concernono argomenti igienici d'attualità o che interessino la maggioranza degli ascoltatori; sono condotte in forma chiara, semplice ed accessibile a tutti. Si alternano argomenti varî e se ne traggono utili consigli in materia d'igiene personale o pubblica, sull'apprezzamento delle nuove conquiste scientifiche e sull'esercizio professionale della medicina. Sono stati trattati di preferenza: l'educazione fisica e i diversi sports, l'alimenta-

zione, la tubercolosi, il cancro, l'alcoolismo, il tabagismo, ecc.

Esprimiamo il nostro compiacimento e il nostro plauso cordiale per questa provvida iniziativa. (Dagli *Annali d'Igiene*).

La fondazione « Rosa Manzoli » del sen. Rampoldi e Signora.

Il sen. Rampoldi e la signora, « per onorare e perpetuare la memoria di Rosa Manzoli », hanno costituito presso il comune di Pavia una fondazione col patrimonio iniziale di lire 200 mila e con la riserva di un eventuale aumento del patrimonio stesso, già così cospicuo. L'atto munifico costituisce una prova di fede nell'avvenire della Università ticinese.

La fondazione Manzoli contempla quattro assegni di studio di L. 2500 annue ciascuno, di cui uno a studente della città o, in difetto, della Provincia di Pavia, da conferirsi, per concorso, e con diritto nei vincitori di conservare l'assegno, quando diano prova di diligenza e profitto, per tutta la durata degli studi universitari ed eccezionalmente anche per l'anno successivo alla laurea. Questa è una forma vantaggiosa che il comune si propone d'adottare anche per gli assegni di studio che ha finora erogati annualmente e che dovranno essere trasformati in posti di fondazione per lo sviluppo di quella vita collegiale che è nei suoi più sicuri propositi.

L'incremento della vita collegiale intorno alla Università stessa e la trasformazione di questa in Università collegiata le garantirà un titolo certo e nobilissimo di esistenza e di prestigio.

Fondazione Bergonié.

Per onorare la memoria del prof. Bergonié, vittima dei raggi X, amici e discepoli hanno deciso di istituire una fondazione intitolata al suo nome, la quale avrà per scopo la creazione di un Istituto per ricerche scientifiche di elettricità e sulle radiazioni, e, se sarà possibile, il funzionamento di una Cassa destinata ad incoraggiare i cultori delle dette specialità, nonchè la costituzione d'un fondo di soccorso per i radiologi vittime dei raggi X e del radium. Le più spiccate personalità politiche e scientifiche francesi hanno già aderito a questa fondazione e il Comitato di organizzazione di esso fa vivo appello a tutti gli amici della Scienza, perchè vogliano portarvi il loro contributo.

Premio Charcot.

Sull'avanzo dei fondi raccolti per celebrare il centenario di Charcot, la « Société de Neurologie » di Parigi ha deciso di fondare un premio triennale di 4000 franchi. Il premio non sarà messo a concorso; il beneficiario verrà ogni volta scelto dalla Società, che gli affiderà un tema di ricerche cliniche, anatomiche o sperimentali nel campo della neurologia, sul quale il designato dovrà riferire nel corso dei tre anni successivi.

Donazioni e lasciti.

Il sig. Carlo Sacco ha donato all'Ospedale Maggiore di Milano tre immobili, per il valore di circa 5 milioni di lire, riservandosene l'usufrutto vitalizio.

Il sig. Saul Redaelli, che per 35 anni fu inserviente alla Chiesa interna dell'Ospedale Maggiore di Milano, ha donato a quest'ultimo i suoi risparmi, ammontanti a 50,000 lire, riservandosene l'usufrutto. Quest'atto meritava di essere conosciuto per il suo significato morale.

Sir Henry Deterding e la signora, ricevuti dal Governatore di Roma al Campidoglio, hanno donato 10,000 lire per un'opera di bene a favore di Roma, e il Governatore ha destinato questa somma a vantaggio delle opere di ampliamento dell'Ospizio Marino di Ostia, il quale svolge azione di profilassi antitubercolare.

Per le cure gratuite e semi-gratuite in Acqui.

Una circolare del Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della San. Pubbl., Divis. IV, Sez. II), numero 20900.51, in data 2 feb., stabilisce le norme per la concessione della cura gratuita e semigratuita nel R. Stabilimento termale « Carlo Alberto » di Acqui. Il termine utile per la presentazione della domanda è scaduto col 25 marzo.

Per l'Ospedale Italiano di New York.

La Società Medica Italiana di Brooklyn ha lanciato un appello per la raccolta di 100,000 dollari onde avviare la costruzione di un Ospedale; la somma è stata immediatamente raccolta e superata. Si è provveduto all'acquisto di una area in prossimità del Prospect Park, nella St. John's Place. È stato lanciato un secondo appello per altri 100,000 dollari. Si richiederà ancora un milione di dollari per l'esecuzione dell'intero progetto.

Per l'ospedale francese di New Orleans.

L'Ospedale francese di New Orleans è stato per un biennio chiuso al pubblico e riservato ai membri della « Société Française ». Questa ha ora deciso, in un'adunanza tenuta per il suo 83° anniversario, di rimodellare l'ospedale e di riaprirlo al pubblico.

La biblioteca dell'Università imperiale di Tokio.

Sono stati approntati i progetti per la ricostruzione di questa biblioteca, con fondi donati dalla Rockefeller Foundation. L'edifizio sarà in stile gotico, a tre piani e un basamento, e coprirà una superficie di 120,000 mq.; comprenderà cinque sale di lettura, capaci di ospitare 2000 lettori; probabilmente verrà aperta al pubblico.

L'Istituto d'Igiene di Praga.

Come abbiamo riferito, viene costruito dal Governo Czecoslovacco col concorso dell'Ufficio internazionale d'igiene della Rockefeller Foundation. La costruzione è diretta dal prof. Pavel Kucera, cui è stata affidata la direzione dell'Istituto.

Questo ha già in funzione quattro reparti: laboratorio batteriologico, servizio antirabico, servizio vaccinico, servizio dei vaccini batterici e dei sieri; altre cinque divisioni dovranno essere completate entro il 1928. (Dagli *Annali d'Igiene*).

Contro la tubercolosi e le altre malattie sociali.

È questo il titolo di un periodico mensile di propaganda igienica, tutto dovuto alla fervida iniziativa ed all'operosa attività del prof. Lorenzo Piazza da Lentini. Esso costa indubbiamente non pochi sacrifici all'autore ma, nei cinque anni di vita che ormai conta, largamente distribuito come è ai medici, alle levatrici, agli insegnanti, ecc. di tutta la Sicilia, ha validamente contribuito alla diffusione della cultura igienica nell'isola, e questo, per il prof. Piazza che è pioniere della propaganda igienica, deve essere motivo di vera soddisfazione.

Fra gli argomenti trattati nell'ultimo numero, citiamo i seguenti: Saggio di una lezione sulla tubercolosi nelle scuole elementari, la rabbia negli animali, la profilassi antivenerea ed altri.

Il periodico si pubblica a Lentini (Siracusa) ed ha una tiratura di 5000 copie.

Una rivista russa di scienze biologiche.

È l'*Archiv biologhiceschich nauch* (Archivio di scienze biologiche) diretto da V. L. Omelianski e si pubblica a Mosca.

Nei numeri inviatici dell'annata XXV (1925) troviamo uno studio di Petrova sul trattamento delle nevrosi sperimentali dei cani, diversi lavori della scuola di Pawlow sulle funzioni gastriche, altri sull'arteriosclerosi, ecc.

Alla fine di ogni fascicolo trovasi un breve riassunto in francese dei diversi lavori.

Francobolli antitubercolari negli Stati Uniti.

Il direttore della « National Tuberculosis Association », dott. Linoly R. Williams, ha annunziato che la vendita dei « francobolli di Natale » ha fruttato all'Associazione 4,750,000 dol., pari ad oltre 100 milioni di lire it.

Cinematografie per lebbrosi.

I produttori e commercianti di cinematografie degli Stati Uniti hanno raccolto circa 200 pellicole di commedie, di argomenti istruttivi e di soggetti vari, e ne hanno fatto dono alla Lebbroseria di Palo Seco, presso Balboa (zona del Canale di Panama).

L'insulina cristallizzata.

È stata ottenuta da J. Abel nell'Istituto farmacologico della Università Johns Hopkins, precipitando, dapprima con brucina e poi con acido acetico, un estratto di insulina. Si producono così dei cristalli di forma analoga a quelli della cistina e che, come questi, contengono dello zolfo: 1/100 di mg. di tali cristalli per Kg. abbassano lo zucchero sanguigno sotto il livello convulsivante, 0,045 %. In questa sostanza si ha il tipo di un catalizzatore che agisce anche in soluzioni diluitissime.

Uffici di bibliografia e traduzioni.

Un ufficio di bibliografia medica è stato istituito dal prof. Arthur Wihlfahrt (Universität Göttingen, Germania); provvede alla raccolta di materiale bibliografico su determinati argomenti, a trascrizioni, a traduzioni da e nelle principali lingue.

Un ufficio di traduzioni e scritturazione è stato pure istituito a Roma da Edith Goldstein e Stefan Taussig, in via Quattro Fontane, 155; lavora nelle seguenti lingue: italiano, tedesco, francese, inglese, spagnolo, russo, olandese e ungherese.

AMERIGO BARLOCCO.

Il 17 aprile fu per la Medicina Italiana giorno di lutto: Amerigo Barlocco in quel giorno si è spento.

Tutti sanno — tutti quanti hanno seguito il movimento ascensionale degli studi medici in Italia — tutti sanno chi fosse questo lavoratore, che da un quarto di secolo aveva scrutato col suo ardore di studioso, colla sua attività di ricercatore i più importanti problemi che le diuturne conquiste della scienza, ponevano via via ai cultori della patologia e della clinica medica.

La Direzione del *Policlinico* ha creduto che io potessi essere il più adatto evocatore di ciò che egli fece; egli che fu discepolo mio, mio aiuto, mio collaboratore per lo spazio di oltre vent'anni (1). Ma quando si è vissuti così a lungo in affettuosa comunanza di lavoro e di studio con un proprio figliuolo scientifico, non se ne può davvero parlare otto giorni dopo la sua dipartita con la fredda enumerazione critica dell'opera sua. Nè questo nello stato attuale dell'animo costernato mi sarebbe possibile. Non si attendano, quindi, ora da me i lettori nè il consueto elogio funebre, nè un inventario della sua produzione scientifica: solo posso asserire che l'opera sua fu sempre altamente ispirata alle finalità della clinica come scienza e come arte.

---

(1) Non v'è cosa che commuova più di questa devozione del Maestro per l'allievo. Noi la vogliamo utilizzare non soltanto per dare rilievo alla figura del nostro compianto amico Barlocco, ma per cementare la fusione d'intenti tra Maestro e allievi, ch'è la più potente, sicura, simpatica sorgente del progresso scientifico. Rendiamo doppiamente grazie al senatore Maragliano.

V. ASCOLI.

Egli aveva saputo con la diuturna osservazione acquistare una larga conoscenza dell'infermo. Convinto che il tecnicismo sia indispensabile in chi vuole professare discipline in cui il tecnicismo è indispensabile mezzo: egli si era profondamente addottrinato nel campo delle varie branche biologiche, convinto che della clinica esse sono la base necessaria. In tutti i suoi lavori si rispecchiano queste due convinzioni: questi lavori sono molti, ma tutti dimostrano che per ogni argomento da lui trattato egli mette scrupolosa cura, anzitutto nello impadronirsene, in ogni suo dettaglio, per passare poi alle ricerche personali, sempre materiate di indagini di laboratorio, di prove sperimentali e di osservazioni sui malati: indagini scientifiche tutte, perchè certo scientifiche sono tanto quelle che si istituiscono sull'uomo, come quelle che si istituiscono sugli animali.

Tendenza sua fu sempre quella di applicare via via le conquiste delle scienze biologiche allo studio di problemi riguardanti l'uomo infermo: ricordo fra gli altri i lavori sulla funzionalità epatica, quelli sulle aggressine diplococciche, quelli sulla funzionalità intestinale, quelli sulla azotemia e sulle nefriti, sulle affezioni pancreatiche, sulle cardiopatie, sugli avvelenamenti da sublimato corrosivo. Non vi fu accorgimento di tecnica di laboratorio, non vi fu conoscenza nuova nel campo della chimica biologica, della fisico-chimica, della batteriologia, che non sia stata da lui utilizzata ed applicata nei vari suoi studi, per cui ogni lavoro suo presenta una impronta di modernità degna di nota: non di quelle modernità che si usa come una vernice, e che spesso non va oltre l'epidermide di molte pubblicazioni; ma di una modernità intimamente penetrata, assimilata, opportunamente applicata, in modo da trarne luce nuova alla illustrazione dell'argomento posto a studio.

La tenacia e la costanza nel lavoro fu fra le doti personali sue. Egli ordinariamente passava l'intera giornata e spesso anche parte della notte nelle sale cliniche e nei laboratori annessi: esempio e guida alle nuove generazioni che via via passarono per la mia scuola.

Tutte queste doti lo avevano via via elevato nella universale estimazione e per universale consenso, lo designavano a coprire una Cattedra di Clinica medica, al cui insegnamento si era già da più anni addestrato a mio fianco in supplenza. E l'ebbe, e per quanto breve sia stato il tempo nel quale la tenne, luminosamente la tenne.

Egli aveva fatta completamente la sua educazione in patria: non aveva chieste mai, ed avute mai borse di studio per perfezionamento all'estero: quei perfezionamenti che sono spesso una etichetta senza contenuto.

La Università di Modena che lo scelse e lo volle suo, oggi piange amaramente la perdita di Lui che era già divenuto una sua forza. Ed il compianto è universale: compianto di antichi Maestri, di colleghi Maestri, di condiscepoli e discepoli, di estimatori: tutti sentono che la sua dipartita è perdita grave per la scienza medica italiana.

Lo sento doppiamente io che lo crebbi al mio fianco. Egli era il mio settimo ed ultimo figliuolo scientifico in cattedra: era il mio orgoglio.

Con orgoglio lo amai; costernato ora lo piango.

E. MARAGLIANO.

Si è spento a 78 anni il gen. medico capo a riposo gr. uff. dott. CLAUDIO SFORZA, che ha trascorso un cinquantennio della sua operosa esistenza nel Corpo sanitario militare.

Lo Sforza insegnò per vari anni microbiologia e chimica applicata all'igiene nella Scuola d'applicazione di Sanità Militare di Firenze; assunse poi la direzione della Scuola. Nominato generale medico ispettore, riorganizzò i servizi di mobilitazione e durante la guerra italo-turca prestò opera preziosa. Collocato in posizione ausiliaria nel 1914 per limiti di età, fu richiamato in occasione della guerra mondiale e per quattro anni diresse i servizi sanitari, rendendo servizi molto apprezzati.

La sua instancabile operosità non fu smentita in questi ultimi anni, in cui si prodigò pel funzionamento del reparto di terapia fisica all'Ospedale del Celio.

Uno studio sulla malaria in Italia, redatto con Gigliarelli, valse allo Sforza il premio Riberi; col Baroffio compilò un ottimo Compendio di chirurgia di guerra; lascia una cinquantina di altre pubblicazioni varie. Per vari anni diresse il « Giornale di Medicina Militare ».

Ha preso parte attiva in molti Comitati speciali e ha diretto numerose missioni all'Estero.

La sua vita fu tutta consacrata alla scienza ed al lavoro.

A. P.

È morto il prof. THOMAS JONNESCO, clinico chirurgo dell'Università di Bucarest. Formatosi in Francia — ove fu interno degli ospedali, poi aiuto di anatomia e prosettore alla Facoltà di Medicina di Parigi — la considerò sempre come sua seconda patria. A Bucarest professò dapprima anatomia: e scrisse il volume sul tubo digerente nel grande Trattato del Poirier. Ma sono i suoi lavori chirurgici che lo hanno reso noto universalmente. Il suo nome resterà legato sovratutto all'anestesia generale ottenuta mediante iniezioni intrarachidee di cocaina e succedanei, di cui fu ardente promotore, e alla chirurgia del simpatico; l'arditezza delle sue concezioni e la sua abilità operatoria erano tali da non farlo esitare di fronte alle applicazioni più delicate di questa chirurgia, come le applicazioni alla cura dell'angina pectoris, dell'epilessia, del morbo di Basedow.

Suo fratello Take Jonnesco fu uno degli uomini di Stato più in vista dell'Europa.

V. L.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. Méd. Français, agosto. — Numero monografico sulla patologia ovarica.

Journ. d. Méd. de Lyon, 5 ott. — ROUBIER e PÉTOURAND. L'esploraz. lipiodo-radiologica nelle bronchiti croniche.

Medicina Ibera, 10 ott. — SARMIENTO. Il riflesso pielovenoso. — VALDÈS. La creatinuria dei tbc.

Rev. med. de Barcelona, sett. — LLADÒ e GALLARDO. Studio anatom. e patogenet. su un caso di deformità di Madelung.

Anales d. l. Facultad d. Medic., giu. — BUTLER. La radioterapia profonda nei fibromiomi uterini.

Bol. d. Instituto de Médic. experimental, n. 7. — ROFFO. L'azione del mezzo sulla colt. di tessuti. — ID. Su di un sarcoma trapiantabile della cavia.

Clinica y Laboratorio, sett. — GIMENO RIERA. L'evoluzione sessuale dell'infanzia. — GALLÀN. La indagine dei papillomi laringei.

Rev. Médica Latino-Americana, agosto. — BALLRICH. Bradicardia da eccitaz. del nodo di Tawara. — CARDINI. Cura della restrizione di liquidi.

Journ. Am. Med. Ass., 26 sett. — JACKSON. Rapporti fra la proctologia e le altre specialità. — KERR, DELPRAT ed altri. La prova del rosa-bengala per la funzionalità epatica.

N. Y. Journ. Med., 1 ott. — THOM e WILE. L'igiene mentale del fanciullo.

J. Nervous a. Mental. Dis., ott. — FOCHER. Nuovo sintomo diagnostico per l'epilessia idiopatica. — GREGORY. La balbuzie come neurosi.

Endocrinology, luglio-ag. — GORDON e LOOMIS-BELL. Radiografia della sella turcica nei bambini anormali. — HOSKINS. Effetto dell'innesto testicolare sull'attività spontanea. — HAMMET. Associazione interghiandolare.

J. Tropical Med. a. Hyg., 1 ott. — THOMSON e ROBERTSON. Coltura di amebe umane e di flagellati.

Osped. Maggiore, 30 sett. — MORETTI. Miopatie e disfunzioni endocrine. — GENNARO. La proteinoterapia nell'irido-ciclite.

Rev. ospedaliera, 15 sett. — SIROLLI. Eredo-lue e chorea minor.

Folia gynaecologica, fasc. II. — MOMIGLIANO. Determinaz. quantitativa della reaz. di Abderhalden. — MORETTI. Gli elementi ovarici endocrini nelle donne con fibromiomi uterini.

Riforma medica, 28 sett. — SERRA-COSTA. La reaz. di W. col siero da vescicante. — ZUCCÒLA. Il valore dei granuli di Much.

Münch. med. W., 3 ott. — MARWEDEL. I clismi duodenali col metodo Allard. — KYLIN. La lattoterapia negli stati ipertonici. — BAUER. Importanza della tensione superficiale nella genesi del cancro.

Med. Klinik, 9 ott. — SCHLOFFER. Estesa resezione cerebellare. — ISAAC-KRIEGER. Diagnosi e terapia delle mal. del pancreas.

Arch. Sch.- u. Tropen.-Hyg. — NOCHT. La lotta antimalarica. — GIEMSA. Az. del chinino sui tripanosomi del Nagana. — MÜHLENS. Lo yatren contro la dissenteria amebica.

Acta dermato-venereologica, fasc. 3. — RAVOGLI. Blastomicosi. — ID. Eziologia della follicolite. — BERGSTAD. Dermatite da *Demodex*. — ALMKVIST. La guarigione della gonorrea.

Gazette d. hôp., n. 80. — DOUMER e ALPHANT. Reumatismo cardiaco evolutivo. — CHAUVENET. Valore diagnostico e pronostico del ganglio di Troisier.

Gazette d. hôp., n. 81. — ODDO e DE LUNA. Simpatèsi digestive, epato-pancreatiche, ed epato-pancreatiche-duodenali.

Journ. Praticiens, 10 ott. — JEANNIN. L'aborto tubarico. — LABORDERIE. Applicazioni della diatermia.

Giorn. Med. Milit., sett.-ott. — G. FUNAIOLI. I tipi morfologici al lume delle indagini endocrinologiche. — V. ACCORINTI. Simulaz. di sordità.

Edinb. Med. Journ., ott. — J. W. DAWSON. I melanomi.

Cult. Med. Mod., 15 sett. — M. PAVONE. Urotropina per via endovescicale. — 30 sett. G. CASCIO Rocco. Silicato sodico nel prurito senile.

Estudios Méd., sett. — J. ESTELLA e B. DE CASTRO. Trattam. radic. del morbo di Pott. — R. LAUCHA FAL. Trattam. abortivo della sifil. — J. M. AGRAMUNT. Neuromalaria.

Paris Méd., 3 ott. — Numero di neurologia.

Deut. Med. Woch., 9 ott. — A. ADLER e al. Azione degli acidi biliari sull'organ. — J. v. BÓKAY. Exanthema subitum. — S. WENT. Terapia specifica del catarro cronico del crasso.

Wien Klin. Woch., 8 ott. — G. KOLZKNECHT e F. PORDES. Azione dei raggi X. — F. REDLICH. Sulla iodoterapia del Basedow e delle ipertireosi. — A. MAYER. Psicogenesi del fluor albus.

Riforma Med., 21 sett. — R. DE TULLIO. Spasmofilia costituzionale nell'ulcera dello stom. e del duod.

Arch. p. le Sc. Med., 5. — P. LOCATELLI. Rigeneraz. del tessuto muscol. striato. — V. FERRERO. Autolisi della tiroide. — E. BIZZOZERO. Carcinoidi speriment. da catrame.

Spitalul, ott. — G. MARINESCO. Squilibrio acido-basico nelle malattie familiali e abiotrofiche.

Ann. Oftalmol. e Cl. Oc., ott. — G. FAVALORO. Sindromi oculari gravi di orig. ipofisaria e para-. — A CUCCHIA. Misura dell'accomodaz.

Journ. méd. d. Paris, ott. — PAUCHET. Carcinomi alti del retto.

Rev. Sanitarâ Militarâ, ag.-sett. — GHERASKN. Sifilide polm. complicata con gangrena. — ANGHEL. L'epidedimectomia nella tub. genitale.

Rev. de Hig. y Tub., luglio. — CHALAS, FABERFELDT. Il valore terap. della sanocrisina.

Giorn. di clin. med., 10 ott. — MILANI e MALAGUTI. Reaz. di Dujarric de la Rivière e Gallerand nella sifilide. — ARMENI. La fisioterapia nell'insonnia nervosa.

Rev. di Clin. Pediat., ott. — DE TONI. Meningiti pseudo- e parameningococchiche nei lattanti.

Bull. médical, 7-10 ott. — GUILLAUME. Effetto di alcune radiazioni e di correnti elettriche sulla circolaz. tegumentaria. — TIERNG. Trattam. delle adeniti inguinali.

Id., 14-17 ott. — BLUM e BOUTTIER. Incidenti ed accidenti della vaccinaz. jenneriana.

Morgagni, 11 ott. — GIANNELLI. Occlus. intest. da calcolo biliare.

Paris méd., 10 ott. — LEREBOULLET. Nuove idee sul trattamento e sulla profilassi della difterite. — REGAND. Curieterepia degli epiteliomi della lingua.

Id., 17 ott. — Numero monografico sulle malattie mentali.

Zbl. inn. Med., 10 ott. — A. GREIL. V'è un rimedio pel cancro?

Zbl. f. Chir., 10 ott. — E. PAYR. Hallux valgus.

Lancet, 10 ott. — E. W. HEY GROVS. Le fratture con distacco. — C. SHERRINGTON. Le vie in medicina. — C. E. SAKIN. La tradiz. in medic. — M. FLACK. Controllo permanente dell'attitudine al volo.

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst., 25 giu. — A. SOIMARN. La pneumococcia genitale della donna.

Ann. di Cl. Med., ecc., 15 lug. — F. GUCCIONE. Metastasi rare dei sarcomi del tenue. — G. IZAR. Patogenesi dell'epatite amebica. — A. BILELLO. Granulazioni del bacillo tbc. — G. MARCHESE. Asma anafilattico e anafilassi per via respirat.

Minerva Med., 10 ott. — L. FONTANA. I « nuclei liberi » negli esami ematologici. — F. MONTINI. Sviluppo psichico del bambino in rapporto con le malattie.

Morgagni, 4 ott. — E. RICOZZI. Segni di Boeri e anisocoria provocata nelle apiciti specifiche.

Radiol. Med., ott. — A. VESPIGNANI. Diagnosi radiologica della mesenterite cronica. — G. G. PALMIERI. Inginocchiatura descritta dal Busi nella seconda porzione del duodeno.

Rass. intern. di Cl. e Ter., ag. — S. LOMBARDO. Deviaz. del complem. nelle affez. gonococciche.

Proc. R. Soc. Med., ott. — Discussioni su: Infezioni batteriche delle vie urin.; Sterilità e impotenza nel maschio; Aiuti artificiali nella sordità; La tub. nell'esercito. Copiosa casistica.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 4 ott. — J. CARRA. Lesioni dell'apparato digerente nell'avitaminosi.

Med. Klinik, 16 ott. — EHRMANN. Rapporti fra neurodermiti, eczema e disturbi degli organi interni. — CITRON. La vaccinoterapia topica in chirurgia.

Wiener Klin. Wochen., 15 ott. — EISLER e NYIRI. Ricerche radiologiche sulla cistifellea. — GOTTESMANN. La reazione adrenalinica nel grande circolo. — DEUTOCH. Influenza delle commozioni psichiche sul ricambio energetico.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII — Roma, 17 Maggio 1926 — Fasc. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Patogenesi e cura dell'emicrania.

Dott. ANGELO CAPPARONI
primario degli Ospedali di Roma.

L'emicrania è la malattia del sistema nervoso la più diffusa e da più antico tempo studiata dai medici. La sua letteratura da Areteo e Galeno ad oggi è così vasta che poche malattie di questa branca possono vantarne una simile. E quindi sembrerebbe che sopra questo tema dovesse essere ormai chiusa ogni discussione. Ma quando troviamo detto in tutti i trattati di patologia medica e del sistema nervoso pubblicate dal secolo passato ad oggi, che l'emicrania ad onta di tutte le cure tentate non guarisce, si deve convenire che su questo tema non sia ancora stata detta l'ultima parola. Niemeyer non avendo ottenuto nessun effetto benefico da tutti i rimedi da lui usati nell'emicrania si lamentava di quanto siano ristretti i limiti concessi alla nostra scienza. Dieulafoy dichiara che i vari trattamenti proposti contro l'emicrania non riescono a combatterla.

Charcot proponeva durante l'attacco la somministrazione dei bromuri allo scopo di vincere lo spasmo delle arterie del cervello.

In conclusione tutti gli autori s'accordano nel dire che l'emicrania resiste a qualsiasi metodo curativo. Un sollievo trovarono questi malati dall'introduzione in terapia dell'Antipirina, Anelgesina, Esalgina, Piramidone, Micranina, ecc., che riescono in molti a diminuire o far cessare l'accesso senza però impedirne la ricaduta. Ne viene per conseguenza che l'emicranico è uno di quei pochi malati che abbandona il medico per farsi curare dal farmacista.

Per guarire una malattia conviene conoscerne la patogenesi, e quando questa si sarà ben stabilita se ne potrà scrutare la cura.

Riguardo a questa ben dice Silva che quando si raccolgono tutte le teorie emesse, dobbiamo confessare come non siano tutte convincenti.

Quando per una malattia manca la base anatomica è chiaro che ognuno può interpetrarsela secondo le proprie convinzioni.

Artritismo. — Ad eccezione di Möbius e pochi altri clinici tutti hanno riconosciuto il rapporto tra artritismo ed emicrania. L'emicrania è una malattia famigliare che generalmente colpisce il sesso femminile. Gli emicranici sono figli o di una madre o di un padre emicranico, e specialmente le donne spesso ricordano la stessa malattia nella nonna. Se questa eredità manca esiste

l'artritismo ed allora questa nevralgia si trova in più membri dell'ultima generazione.

Quasi tutti gli emicranici giunti all'età matura fatalmente divengono artritici, e questo rapporto tra artritismo ed emicrania è osservazione antichissima.

Trousseau diceva che quando cessa l'emicrania comincia l'artritismo, e che gli emicranici da giovani sono in età matura esposti ad altre manifestazioni diatesiche: asma, renella, gotta. In conclusione da Graves in giù tutti ammettono che l'emicrania sia una manifestazione della diatesi artritica.

Sistema nervoso. — Si è voluto ammettere un'eredità nevropatica diretta od indiretta e si è voluta a questa dare una grandissima importanza. Anzi Möbius la ritiene una delle cause di primo ordine.

Si sono riportate storie di emicranici che in età matura erano finiti tabetici o affetti da paralisi generale. Ma oggi giorno che a tutti è nota la differente patogenesi di questa malattia questo argomento è di nessun valore.

Che gli emicranici abbiano un sistema nervoso tarato per eredità si è voluto dimostrare mettendo in vista quanto spesso l'emicrania s'associ alla nevrastenia.

Ora la stessa nevrastenia non è che una malattia dell'alterato ricambio ed è pure essa determinata dall'intossicazione uricemica. I nevrastenici (meno le forme gravissime) assoggettati a cure igieniche, fisiche ed a rimedi modificatori dell'alterato ricambio, guariscono al punto da dimenticare completamente la malattia sofferta.

E così pure il rapporto tra emicrania ed altre malattie del sistema nervoso messe in evidenza da illustri clinici non mi sembra che sia dimostrabile. Non ho mai riscontrato nelle famiglie degli emicranici nè l'epilessia, nè l'isterismo. E si tratta di centinaia di malati che caddero sotto la mia osservazione perchè questa malattia è così diffusa, che non è questione di famiglia, ma vi sono dei paesi dove l'emicrania è diffusissima e questi sono quelli dove per il benessere generale si mangia molta carne e si beve troppo vino. Qui negli uomini domina l'artritismo e la gotta, e nelle donne l'emicrania. A me non sembra assolutamente vero che gli emicranici abbiano un sistema nervoso tarato per atavismo perchè tutti vediamo continuamente soggetti intelligenti ed equilibrati soffrire di questa malattia che non risparmiò neanche delle illustrazioni quali furono Mirabeau, Piorry, Charcot, Herscelle e moltissimi alti uomini superiori.

L'emicrania volgare e l'emicrania oftalmica sono due varietà della stessa malattia.

Il sistema nervoso partecipa alla sindrome emicranica perchè tarato dalla stessa uricemia.

L'artritismo è una malattia determinata dai veleni del ricambio che si accumolano nell'organismo per insufficienza funzionale degli organi destinati a distruggerli, e delle glandule che hanno il compito di eliminarli. Mentre l'esponente della gotta è l'urato acido di soda, delle calcolosi epatica la colesterina, per altre malattie diatesiche l'elemento causale ci sfugge. Ed allora si deve ammettere che le varie malattie del ricambio siano determinate da differenti veleni capaci di stimolare differentemente centri nervosi, organi, e tessuti. L'emicranico accumula nel sangue un veleno che spiega la sua azione tossica sopra i centri vasomotori del bulbo e dell'encefalo in modo da determinare una congestione acuta degli involucri del cervello e di agire contemporaneamente sul simpatico nè più nè meno come tra gli alcaloidi l'aconitina che spiega contemporaneamente un'azione speciale sul bulbo e sul gran simpatico. Il terreno nervoso coopera all'esplosioni delle crisi.

Questi possono essere determinati da un affaticamento psichico o muscolare, da un odore forte, da una luce troppo viva, da un calore eccessivo, da un patema d'animo, dal periodo mestruale, dall'amplesso coniugale, ecc. Il fattore nervoso intanto coopera all'esplosione della crisi in quanto che tutto l'organismo trovasi sotto il suo dominio, e specialmente le glandole destinate alla eliminazione dai veleni del ricambio. Graves nelle lezioni sulla gotta dice: spesso avviene che una diatesi dia origine ad affezioni locali che si svolgono in poche ore. Queste sarebbero gli edemi acuti angionevrotici caratterizzati da voluminosi gonfiori alla fronte, alle palpebre da produrre la completa chiusura degli occhi, delle labbra, del velo palatino e della lingua da ingrossarsi in modo da minacciare la soffocazione (osservazione personale). Non hanno forse queste manifestazioni una certa affinità all'attacco emicranico?

Prendiamo ora in esame i sintomi che accompagnano questa nevrosi. Avanti tutto il dolore.

Questo giunge fino al punto da essere intollerabile. È generalmente unilaterale, qualche volta bilaterale, non fisso, migrante bruscamente da un lato all'altro. La sede del dolore non può essere che a carico della dura madre dove trovansi le diramazioni sensitive del trigemello. Queste terminazioni sono messe in uno stato d'irritazione per un aumentato afflusso di sangue determinato dallo stimolo tossico agente sopra i centri angionevrotici. Il dolore è accompagnato da molteplici e svariati sintomi. Questi sono: i brividi, il fred-

do ai piedi, il malessere generale, le vertigini, i rumori auricolari, le pulsazioni dei globi oculari, la miosi, gli scotomi, le nausee e qualche volta il vomito, il polso piccolo raro teso, lo stimolo ad urinare con emissione di urine pallide, l'emissione di feci scolorate, il colorito subitterico delle congiuntive con fegato tumefatto (Niemeyer) e sensibile alla pressione.

Tutti questi sintomi Möbius li attribuiva all'eccitazione riflessa sul simpatico determinata dal dolore. Ma non mi sembra illogico pensare che l'eccitamento delle fibre del gran simpatico che accompagnano i vasi, ed anche il vago potrebbe essere determinato dallo stesso veleno del ricambio che colpisce i centri vasomotori del bulbo e dell'encefalo.

Dall'intensità dello stimolo sopra questi centri nervosi dipenderebbero le due forme di emicrania: la volgare e l'oftalmica. Dall'intensità e dal ripetersi a più o meno lunga scadenza di questo stimolo dipende pure che ogni emicranico ha la emicrania.

V'è chi durante l'attacco può accudire a tutte le sue faccende, chi al contrario è costretto a fuggire la luce, e di coricarsi in letto, chi non ha alcun disturbo di stomaco, mentre altri per l'invece hanno nausee ed alcuni anche il vomito. Nei bambini dai 7 ai 10 anni si trovano delle cefalee abituali da mettersi in rapporto all'emicrania in vista dell'eredità materna. Così pure la durata dell'attacco mentre può essere breve, può prolungarsi da 6 a 12 ore raramente anche a più giorni. In quest'ultimo caso ho trovato delle donne che erano trattate con preparato mercuriale perchè l'emicrania fu scambiata con la cefalea sifilitica. Ma la diagnosi differenziale è presentemente facile quando s'indaghi l'eredità, la mancanza di aborti, il carattere diurno della cefalea ed in fine l'esame del sangue. Ho veduto dei sifilitici emicranici, e qui il dolore di testa resistere a tutte le cure mercuriali, e quindi conviene in tal caso fare la cura delle due malattie.

Riguardo alla frequenza degli attacchi, vi sono donne che se soffrono soltanto in coincidenza della mestruazione, altre più volte nel mese, altre più volte in una settimana e tra una crisi e l'altra il dolore di testa essere permanente come pure le vertigini.

Per concludere si può dire che l'emicrania è una malattia costituzionale caratterizzata da una cefalea a carattere diurno, d'indole ereditaria e da mettersi in rapporto all'artritismo.

I veleni del ricambio costituirebbero uno stimolo sopra i centri vaso motori determinando una congestione acuta dell'involucro il più ricco di vasi e nervi del cervello che è la dura madre. Lo stesso veleno del ricambio sarebbe la causa dell'eccitamento sulle fibre del gran simpatico che accompagnano i vasi cerebrali donde la sindrome emicranica.

Trattamento curativo. — Il rapporto tra emicrania, artritismo e gotta è stato costantemente intraveduto da tutti. Graves nelle lezioni sulla gotta parla a lungo dell'emicrania. Nei vari trattati classici sopra la gotta da Lecorchè a Dyce Duckworth esistono capitoli su l'emicrania come fosse una manifestazione facente parte di quest'affezione.

Ora se l'emicrania è una manifestazione della diatesi artritica dovrebbero per questa malattia giovare gli stessi rimedi della gotta e dell'artritismo urico.

Lecorchè esalta i vantaggi del colchicina e del liquore di Laville nella cefalea gottosa. Neuman usava il colchico negli attacchi di gotta dai quali era tormentato e ne faceva gli elogi.

Trousseau che aveva paura di usare rimedi per la gotta quando vedeva i suoi malati immobilizzati a letto per mesi allora credeva d'intervenire e dava il colchico e dichiarava che tra tutti i rimedi era quello che agiva più efficacemente. Garrod lo dichiarava specifico contro la flegmasia gottosa come la corteccia della china contro le febbri intermittenti.

Federico Kraus e Teodoro Brugsch dicono che eccettuata la colchicina, tutti i rimedi per la gotta e l'artritismo urico o sono inutili come lo iodio ed i ioduri; o dannosi come i preparati di litina, piperazina, il salicilato di soda, le acque artificiali alcaline e il licetolo che pur sciogliendo l'acido urico facendolo eliminare per i reni finiscono per danneggiare questo filtro delicatissimo. Il che è verissimo nei limiti della mia osservazione.

Da tutto questo si dovrebbe ritenere che la colchicina dovesse anche guarire l'emicrania che non è che una delle manifestazioni dell'uricemia. Eppure gli emicranici assoggettati alla cura della colchicina non ne ritraggono alcun vantaggio. Perchè? Perchè la patogenesi dell'emicrania non è fondata solamente sull'uricemia. Se la sola uricemia fosse il fattore dell'emicrania tutti i gottosi, gli artritici e gli uricemici dovrebbero essere emicranici. Anche il sistema nervoso partecipa alla sua patogenesi. Perciò questa malattia la troviamo più frequente nel sesso femminile. La sola colchicina non fa nulla nell'emicrania, ma quando alla colchina uniamo dei rimedi che abbiano un'azione sul trigemello e sul gran simpatico, gli emicranici guariscono. Dunque alla colchicina conviene aggiungere un rimedio che costituisca una difesa del sistema nervoso colpito. Quale il rimedio? Gli sperimentatori dimo-

strarono che l'Aconito ed il suo principio attivo l'Aconitina hanno un'azione analgesica specifica sopra il trigemino.

Secondo Franceschini e Laborde l'aconitina agisce in modo predominante sopra il bulbo ed il gran simpatico, e per mezzo loro esercita un'influenza più o meno profonda sulle principali funzioni dell'organismo. Gubler stabilì l'azione speciale dell'aconito sull'innervazione sensitiva nel campo del trigemino, e la sua azione sul gran simpatico.

Dunque l'aconito dovrebbe essere il rimedio di elezione da associarsi al colchico nella cura dell'emicrania. Considerando la grande tossicità dell'aconitina prudenza vuole che si ricorra ad un estratto di aconito napello.

Ed infatti la colchicina unita all'aconito agisce specificamente negli emicranici. La cura deve essere protratta dai 50 giorni ai due mesi due volte l'anno con un intervallo di 2 o 3 mesi di riposo.

Le formule da me usate sono le seguenti:

Colchicina: centig. 5.
Estratto d'aconito: gr. uno.
Estratto di liquirizia.
Polvere di liquirizia: g. 2.50.

per far pillole n. 50.

Una a due al giorno, al mattino ed avanti di coricarsi, da darsi a tolleranza individuale, ricordandosi che la colchicina è un drastico.

Altre formule:

Colchicina: centig. 5.
Estratto d'aconito: gr. uno.
Estratto di china.
Estratto di camomilla: g. 2.50.

per fare pillole n. 50 - 2 al giorno.

È chiaro che gli emicranici devono attenersi ad un regime alimentare igienico come gli artritici ed i gottosi e giovarsi delle stesse cure climatiche e termali.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI OLIVETO CITRA (Salerno).

Recidiva dopo breve intervallo di gravidanza ectopica

per il prof. DOMENICO CLEMENTE.

È noto che la gravidanza extrauterina può ripetersi: le statistiche dimostrano che tale eventualità si verifica con una relativa frequenza, la quale corrisponde, secondo le pubblicazioni più recenti al 4 % dei casi. Tale è la cifra, riportata infatti nella tesi di W. Middelmann (Monaco, 1924), il quale nel calcolo della frequenza della recidiva ha tenuto conto di una serie numerosa di 1121 casi di gravidanza extrauterina, riferiti da vari Autori.

Il Middelmann stesso riferisce che nella Clinica di Monaco dal mese di ottobre 1907 al mese di febbraio 1924 si osservarono 4 casi di gravidanza ectopica recidivante: in due di essi la recidiva si verificò dopo 3-4 anni dalla prima gravidanza extrauterina, negli altri due invece la seconda gravidanza seguì alla prima soltanto dopo 10 mesi.

Ho avuto occasione di osservare recentemente un caso di gravidanza ectopica, in cui la recidiva è avvenuta appena dopo 5 mesi e credo opportuno riferirne la storia.

G. A. di Luigi, da anni 30, maritata, da Quaglietta (Avellino).

Nessuna tara ereditaria e nessuna malattia nell'infanzia.

Prima mestruazione a 13 anni; mestruazioni successive, a tipo anticipante, durata 3-4 giorni, non dolorose.

Matrimonio il 26 settembre 1920: subito incinta; gravidanza uterina, semplice, complicata però da gonorrea.

Parto prematuro, il 6 giugno 1921, feto vivo, puerperio, complicato da mastite. Durante l'allattamento, metrorragie e dismenorrea. L'inferma si sottopone a varie cure ginecologiche dall'agosto 1921 al gennaio 1922.

Nell'agosto del 1922 si ammala di pleurite secca. Persistendo le metrorragie e la dismenorrea, viene a curarsi nell'Ospedale di Oliveto Citra nel febbraio 1923, uscendone notevolmente migliorata [diagnosi: endometrite cronica. Annessite bilaterale —].

Dal giugno 1921 al giugno 1924 vive separata dal marito. Dopo le cure ospedaliere e termali, mestruazioni regolari. Ultima mestruazione il 28 febbraio 1925. Amenorrea fino al 6 aprile 1925, epoca in cui cominciarono a verificarsi lievi perdite ematiche; il 19 aprile intense crisi dolorifiche, tendenza alla lipotimia, notevole emorragia, espulsione della decidua. Viene chiamato un medico locale, il quale fa diagnosi di aborto uterino comune. Le perdite ematiche e le crisi dolorifiche continuano

Infine il giorno 11 maggio un altro collega fa la diagnosi giusta e fa ricoverare l'inferma in ospedale il 26 maggio.

Diagnosi alla ricezione: gravidanza tubarica sinistra interrotta; aborto tubarico; ematocele retrouterino.

L'inferma rifiuta decisamente ogni intervento laparotomico. Puntura esplorativa dal fornice posteriore: positiva. Colpotomia, drenaggio con tubo di gomma a T. Lieve movimento febbrile, per decomposizione dei grumi nel Douglas. Dopo trenta giorni, si toglie il drenaggio; cura risolvente. L'inferma esce guarita il 10 luglio.

Luglio-agosto 1925: cure termali; mestruazioni regolari.

Ultima mestruazione il 6 settembre 1925; poi amenorrea. L'inferma si crede incinta di gravidanza normale, uterina. Il 3 novembre cominciano le prime perdite ematiche con forti dolori al basso ventre, ad intensità prevalente nel quadrante inferiore destro dell'addome; le perdite e i dolori continuano nei giorni seguenti e l'ammalata, edotta dall'esperienza recente, torna in ospedale il giorno 11 novembre.

Diagnosi: gravidanza tubarica destra interrotta; aborto tubarico, ematocele retrouterino, di notevoli dimensioni.

Di nuovo l'inferma, malgrado la recidiva, le mie sollecitazioni e quelle dei parenti, rifiuta di farsi operare per laparotomia.

Il 17 novembre, dopo una puntura esplorativa nel Douglas, che dà esito a sangue di antica data, si pratica un'ampia colpotomia, con fuoruscita di notevole quantità di sangue piceo e di grossi coaguli. Drenaggio con tubo a T. Decorso post-operativo nei primi giorni sub-febbrile, per decomposizione del sangue della sacca ematocelica.

Il 21 novembre lievi fenomeni di ileo paralitico per occlusione del drenaggio; T. 39.3, polso 110; forte dolorabilità dell'addome nei quadranti inferiori: accurata detersione del Douglas, da cui fuoresce del liquame ematico putrido; ghiaccio sul ventre, ipodermoclisi, cannula anale.

Miglioramento graduale nelle successive 48 ore; si ristabilisce la peristalsi.

Continua vigilanza al drenaggio; progressivo miglioramento dell'inferma, che tuttavia viene colpita da broncopolmonite influenzale il giorno 11 dicembre.

Guarigione della complicanza polmonare. Il 27 dicembre si toglie il drenaggio e si inizia una cura risolvente di lavande calde ed impacchi caldo-umidi.

Cicatrizzazione della ferita da colpotomia. L'inferma esce clinicamente guarita il giorno 17 gennaio 1926.

Come risulta dalla storia riportata, l'inferma dopo una prima gravidanza tubarica a sinistra, ha avuto una seconda gravidanza tubarica a destra, con un intervallo libero di soli 5 mesi, che va dal 6 aprile 1925 al 6 settembre dello stesso anno.

La recidiva, avvenuta a così breve scadenza, gli inconvenienti a cui ha dato luogo, specialmente la 2ª volta, la colpotomia ed il drenaggio della sacca ematocelica, intervento che è stato pure necessario eseguire, per quanto contro voglia, per dare termine alle insopportabili sofferenze dell'inferma, confermano ancora una volta la stretta indicazione, oramai da tutti accettata, che nella gravidanza ectopica, in qualunque stadio di essa, bisogna sempre ricorrere alla laparotomia.

Soltanto con l'apertura dell'addome è possibile rendersi esatto conto delle condizioni anatomopatologiche di entrambi gli annessi e provvedere ad una terapia razionale, che pur proponendosi di essere quanto più è possibile conservatrice (eventuali operazioni di plastica sulla tromba non gravida), procederà ad estirpazioni radicali quando le lesioni dell'altro annesso facciano temere l'eventualità di una recidiva della grave complicanza ginecologica.

Oliveto Citra (Salerno), 18 gennaio 1926.

LAVORO CITATO.

WILHEM, MIDDELMANN. *Ueber die Fälle von zweimaliger Extrauteringravidität an der Univ. Frauenklinik zu München vom*, 1. X. 1907 bis 1. II, 1924, Inaug. Diss. München, 1924.

L'olio canforato contro la sepsi uterina puerperale.

Prof. T. CAVAZZANI - Pallanza.

Delle molteplici applicazioni della canfora nella terapia umana, da quando, nel sesto secolo, essa cominciò a usarsi, fino al giorno d'oggi, in cui un certo abuso del rimedio per via interna comincia ad esser combattuto, alcune sono addirittura passate fra i rimedi popolari domestici, altre più o meno modificate restano nell'uso, ma le più son cadute nell'oblio. Chi si prenda la briga di rivangare il passato, avrà da stupire della estensione presa in altre epoche da questo olio etereo. Il Cantani enumera 21 indicazioni per uso interno e 22 per uso esterno; ma in ogni paragrafo sono ricordati dei gruppi di indicazioni; per es. nel § 9 (tutte le malattie da infezione acuta e cronica) la canfora figura indicata come *disinfettante diretto* (Raspail); giova quindi contro la peste, il dermotifo, l'ileotifo, il vaiolo emorragico, la scarlattina, le piemie (quali sarebbero la febbre puerperale, la gangrena nosocomiale, la icoremia), la malaria, la idrofobia, la febbre gialla, ecc., e perfino contro la sifilide. (Così nel Cantani).

Dove però la canfora era ritenuta degna di raccomandazione, si è nell'uso esterno: il Cantani dice di averla trovata vantaggiosissima in tutti i casi di pustole icorose, di ulceri torpide, di ascessi icorosi, nelle necrosi semplici e gangrene secche, in quelle umide, ulceri settiche, eresipela gangre-

nosa, carbonchio, noma, gangrena vaginale delle puerpere, gangrena dello scroto, ano, perineo, ecc., ecc., come pure difterite, dissenteria, congelazioni, odontalgia; e tralascio di seguitare un elenco lunghissimo, che sarebbe meno lungo se registrasse i casi in cui la canfora non dovrebbe giovare.

Ho ricordato fra queste indicazioni, ormai dissuete, quelle che hanno attinenza coll'argomento di cui voglio trattare, in prova della verità della sentenza salomonica *nil novi sub sole*. Molte scoperte vengon fatte più volte, donde le stucchevoli rivendicazioni dalle quali mi metto al riparo, lasciando a chi la vuole la priorità della mia... scoperta.

Ma l'occasione è propizia per notare, a questo proposito, che la nuova indicazione della canfora nell'insonnia cardiaca, comparsa in un'apologia di un nuovo composto canforato tedesco, s'incontra con quella azione ipnotica fatta conoscere dal Wittich molto tempo fa, e registrata dallo stesso Cantani, il cui trattato edito dal Vallardi, è una miniera di erudizione. (Cantani. *Manuale di farmacologia clinica*).

È un fatto che questa sostanza merita tutta la più deferente considerazione, laddove, come mi sembrerebbe, i medici, speciamente i giovani, ne conoscono pochissime benemerenze, si limitano all'olio canforato fino alla esagerazione per uso ipodermico, e ad alcune lozioni o alcuni linimenti, per lo più abbandonati a discrezione dei profani.

Ma è destino delle cose vecchie d'esser tradite per amore delle novità: oltre a questa causa è toccata alla canfora la sorte che le grandi scoperte del secolo passato, facendo tabula rasa di teorie e metodi alla rinfusa, abbiano sacrificato anche cose buone ed ottime, che poi si son dovute riammettere in onore: come i famosi *vocabula* di Orazio:

Multa renascentur quae jam cecidere.

Il tempo non volge propizio alla terapia farmacologica. Tuttavia lo scrivere con sincerità quel tanto di buono che la pratica osservazione ci fece incontrare non dovrebbe esser fatica interamente perduta, specie se la proposta terapeutica è semplice, alla portata di tutti, e applicabile nei casi urgenti senza pregiudizio di altre provvidenze.

Allo stesso fine, cioè nella speranza di trovare chi voglia provare, controllare, e poi confermare o smentire quanto io vado raccomandando, mi limiterò ad accennare in breve, e senza riferire casistica, come venni indotto a usare l'olio canforato per irrigazione endouterina nel puerperio settico, e quale tecnica ho trovato corrispondente alla bisogna.

Era entrata in clinica una puerpera con ritenzione di placenta da tre giorni, esplorata e infetta e con febbre alta. Fatto il vuotamento e attuate le cure ordinarie per questi casi, lavande vaginali ed enduterine, iniezioni di electrargolo, ed ogni attenzione alle varie funzioni, l'infezione non accennò a cedere, anzi il caso andava prendendo la fisionomia gravissima setticopiemica, a sbalzi ipertermici, con brividi e sudori e tutto l'insieme di fenomeni che allarmano i medici.

Ad ogni medicazione usciva dalla bocca dell'utero pus sanioso; le medicazioni si facevano con frequenza; ad esse seguiva un accenno di benessere ma fugace. Giudicai che il drenaggio della cavità uterina non avvenisse sufficente, per floscezza dell'utero e per l'antiversione che portava la bocca uterina ad appoggiare contro la parete vaginale posteriore, ostacolo allo scarico. Provai quindi a introdurre una striscia di garza a far da drenaggio: però la manovra, pur delicatamente eseguita, non poteva a meno di recare qualche danno alla mucosa fragile del collo, donde il timore di aprire maggiori vie alla penetrazione in circolo di germi o piccoli trombi.

In quel tempo avevo cominciato ad usare, per drenaggio di alcune ferite infette profonde, la garza bollita nella vaselina; questo tipo di drenaggio penetra con facilità, senza produrre od almeno con minor dolore e traumatismo, drena più efficacemente, non aderisce alle granulazioni.

Avevo poi sempre presente l'azione specifica antistreptococcica della canfora, usando sempre, e con costanza di effetto, la soluzione etereo canforata tannica contro le eresipele (secondo l'antica ricetta di mio padre Guido Cavazzani) (1) che è sicuramente il migliore specifico in tutti i casi anche i più gravi.

Connettendo questa fiducia nell'azione antisettica della canfora contro la eresipela, e, per analogia, contro lo streptococco della infezione puerperale, e l'idea di applicare un drenaggio lubrificato per facilitare la sua introduzione e averne un reale effetto, mi accinsi a metter nell'utero una striscia di garza imbevuta d'olio canforato al 10 %, il tutto sterilizzato, e per maggior agio feci entrare prima nell'utero uno schizzetto d'olio, onde render ancor più facile il passaggio della striscia. Lasciai anche nella vagina della garza canforata. Aggiungo che la vagina e la vulva erano sporche di un intonaco sanioso riproducentesi da una all'altra medicazione, come facevano in altri tempi le gangrene nosocomiali.

(1) Tannino, canfora ana gr. 8. Etere solforico gr. 100. Pennellature sopra e attorno alla regione malata, ripetute ogni 3 ore. Guarigione entro un massimo di tre giorni, anche i casi gravi.

La stessa medicazione fu ripetuta per i giorni successivi (salvo la striscia di garza che fu abbandonata) alternata con lavande vaginali fisiologiche; tutte le medicine furono tralasciate. Dal primo giorno della nuova cura la febbre cominciò la parabola discendente rapidissima, accompagnata a tutti i miglioramenti propri della convalescenza, ed in breve la malata potè lasciar la clinica e terminare in famiglia la convalescenza.

Questo successo non poteva a meno di esser attribuito alla canfora adoperata localmente. Perciò si comprenderà come io attendessi le occasioni per ripetere l'esperimento; e queste purtroppo non mancano. Sieno le disagiate condizioni in cui l'assistenza sanitaria viene prestata, o tardiva o impropria, le infezioni puerperali in questa regione sono piuttosto frequenti; frequentissime poi se vi si contano quelle postabortive. Interessai alla mia osservazione anche qualche collega. Una decina di casi vennero, parte osservati in clinica, parte fuori, e confermarono l'efficacia della cura. Un ultimo caso da me curato in clinica può servire di controprova: in questo caso la prima medicazione coll'olio canforato fu seguita da una defervescenza temporanea: la seconda e la terza egualmente: subito dopo comparve alla bocca dell'utero qualche residuo placentare, che venne estratto colle pinze: dopo uscito il corpo settico due iniezioni endouterine bastarono a eliminare ogni rialzo termico.

Io ho visto d'ogni sorta di casi si sepsi puerperale, e d'ogni qualità di cure. Le cure che si mostrarono meno efficienti furono quelle sieroterapiche; le migliori sono quelle chirurgiche. Mentre quelle non richiedono nessuna abilità, queste dipendono invece molto dal modo come sono applicate. La stessa paziente che ricupera la salute sotto la direzione d'un abile chirurgo, sarebbe sacrificata nelle mani d'un incapace. Tutti i progressi non potranno mai emancipare dalle manualità o dal tatto o dalla intuizione di chi deve condurre la cura.

Perciò se il medico vorrà curare una endometrite settica, usando manovre brutali, trascurando cautele asettiche, lasciando scorrere momenti critici, non potrei garantire che la mia cura fosse efficace; però quasi direi che nessun'altra sia così semplice ed alla portata di tutti, e così indifferente alla *tecnica*, come questa: e da nessuna altra ebbi così chiara dipendenza di risoluzione immediata come da questa.

La tecnica da seguire è la seguente:

1) Pulire le parti esterne;

2) Irrigare in vagina abbondante soluzione fisiologica ipertonica leggermente jodata, calda;

3) Pennellare il collo dell'utero con tintura di jodio;

4) Introdurre nella cavità uterina la siringa di Braun carica di olio canforato al 10% sterile, e far passare alcune decine di cmc. dell'olio, curando che esso fuoriesca con facilità.

Ripetere questa medicazione ogni giorno, od anche due volte al giorno se la temperatura non cedesse alla prima iniezione. Del resto, far fare qualche irrigazione vaginale asettica negli intervalli e curare lo stato generale coi soliti mezzi. In mancanza di siringa Braun serve un catetere di gomma innestato su uno schizzetto qualunque, purchè sterilizzabile.

Pallanza, dicembre 1925.

P. S. Lo scrivente prega quei Colleghi che proveranno il metodo qui descritto di comunicargli i risultati e gli apprezzamenti.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Avvelenamento mediante semi di ricino.

Dott. FRANCESCO DE PASCALIS.

Ho deciso riferire e pubblicare questo caso osservato per due ragioni. La prima: rarità di questo avvelenamento.

La seconda ragione. Per un certo periodo di tempo si è inoculata in Italia la proibizione della coltivazione di questa pianta rimasta in certi luoghi solo come ornamentale. Attualmente vengono dal Commissariato dell'Areonautica e dal Ministero dell'Economia Nazionale emanate disposizioni per assicurare preventivamente la somministrazione di ottimo seme e la vendita del prodotto ad un prezzo conveniente e con relativi premii. La coltivazione del ricino quindi da noi è ormai diffusa e per sollievo dell'Economia Nazionale ed anche perchè provato che il ricino esercita sul terreno un'azione insettifuga e quindi adatto ad interrompere la rotazione agraria, specie attualmente nella coltura del tabacco, senza diminuire il reddito del terreno (*Agricoltura Salentina*, anno XVIII, n. 2).

Socialmente conviene perciò divulgare quanto sia velenoso il seme di ricino, specie se fresco, sia perchè i bambini ne possono rimanere vittime per innata tendenza a mangiare tutto, e sia perchè, è doloroso il constatarlo, qualcuno preferisce ancora a scopo purgativo ricorrere all'uso dei semi di ricino invece dell'olio corrispettivo.

La sera del 25 settembre 1916, in mancanza dei sanitari del luogo (eravamo nel periodo della grande guerra, io ero di guardia all'Ospedale militare vicino) fui chiamato urgentemente all'Ospedale civile di Lecce, perchè una giovanetta moriva, forse avvelenata, mi dicevano, dopo avere ingerito, a scopo purgativo, poche ore prima, numero tre chicchi freschi di ricino.

Trovo la signorina V. C. fu C. e di A. L., da Lecce, di anni 17, pasticciera, in istato di semi-

incoscienza, ma agitata, lieve cianosi delle labbra, tremori alle mani; è coperta di sudore freddo, la respirazione superficiale, frequente; addome teso, polso piccolo.

Ha eccitazione al vomito, qualche scarica diarroica.

Faccio il lavaggio dello stomaco, iniezioni di caffeina ed etere, prescrivo delle irrigazioni intestinali e trasportata in sala, e messa a letto, faccio applicare panni caldi e bottiglie calde.

Tornato dopo qualche ora la trovo ancora inquieta e agitata; mi accusa bruciore alle fauci, dolori intensi localizzati attorno alla regione ombelicale, cefalea. Emette scarsa quantità di urina, è afebbrile. Faccio praticare durante la notte iniezioni di canfora e continuare panni caldi e bottiglie calde. Al mattino successivo torno. Le condizioni generali sono migliorate, la temperatura è normale, la cianosi completamente scomparsa, il colorito quasi normale. Persiste il senso di nausea, le scariche alvine sono meno frequenti. Condizioni del polso migliorate, urine aumentate, l'esame dei vari apparati non rileva fatti degni di nota. L'inferma avverte sete intensa e si lagna ancora di dolori alla regione epigastrica.

Nei giorni successivi cessano nausea e diarrea, le urine normali, lo stato generale buono.

Il 29 settembre, dopo cinque giorni di degenza, in condizioni di completo benessere, lascia l'Ospedale.

La mia inferma con tre chicchi di semi di ricino freschi corre il rischio di lasciarci la pelle. È dunque talmente velenoso il seme di ricino?

Il seme non ha odore, ha sapore dolciastro-acre, e contiene il 45 % di olio (Chirone, *Materia Medica*).

Oltre l'olio i semi di ricino contengono sostanze azotate, sostanze minerali, gommo-resine, l'alcaloide ricinina e la tossialbumina *ricina* (Marfori). La ricina si rinvenne nella parte più esterna del seme (nel perisperma). È un principio estremamente tossico che Kobert e Stillmark ottennero nel 1889 dai semi del ricinus communis. È una tossialbumina o fitalbumosi, analoga alle tossine batteriche, che resta nella buccia col processo di estrazione dell'olio (*El Ricino*).

Gli autori tutti sono di accordo sull'azione estremamente tossica di questo principio, per quanto non lo siano molto sul grado di questa tossicità e quindi sul numero dei semi capaci di provocare fenomeni di avvelenamento.

Secondo Taylor 20 semi di ricino basterebbero a produrre la morte; l'ingestione di pochi semi sarebbe però già sufficiente a mettere in pericolo la vita di un uomo adulto.

I coniugi di Baudrimont (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1919) avevano preso 24 e 12 semi rispettivamente, ma *secchi*.

I bambini di Gioseffi (*Policlinico*, Sez. pratica) avevano ingerito 8, rispettivamente 9 chicchi, ma *abbrustoliti*.

La nostra inferma aveva ingerito 3 chicchi, ma *freschi*.

La ricina dunque non si rinviene nell'olio di ricino preparato accuratamente, perchè si trova, come abbiamo detto, nella parte più esterna del seme (nel perisperma), ed è per questo che i semi di ricino hanno un potere tossico immensamente più alto dell'olio corrispettivo.

La ricina è contenuta nella proporzione del 2.80 al 3 % dei semi di ricino colla buccia e pare sia molto più tossica, se da semi freschi (Chirone, *Materia Medica*).

I coniugi di Baudrimont avrebbero ingerito circa 0.36, 0.18 grammi di ricina, i bambini di Gioseffi circa 0.12 grammi di ricina, quindi una dose rispettivamente otto volte, quattro volte, tre volte maggiore di quella (0.05) da Stillmark fissata come dose letale (Jeksch, Vergiftungen in *Nothnagels Handbuch*, vol. I, e Hager, *Handbuch der pharm. Praxis*, Berlino); ma gli uni di seme *secco*, gli altri di seme *abbrustolito*.

La nostra inferma aveva ingerito 0.04 grammi di ricina, meno della dose mortale, ma di seme *fresco*.

Non ostante l'ingestione di una dose rilevante della fitoalbumosa tossica nei primi, minore della mortale nella nostra inferma, tutti, pur avendo avuto un decorso favorevole, hanno corso il medesimo rischio di un esito letale.

A me pare anche che oltre alla parte che possa avere in simili casi la maggiore o minore resistenza del soggetto, l'età, la precocità d'insorgenza del vomito, le cure adeguate ed a tempo opportuno, noi dobbiamo qui invocare la circostanza che i semi erano nei rispettivi casi: *secchi, abbrustoliti, freschi*.

Noi sappiamo che quando una soluzione di ricina viene riscaldata, il veleno è rapidamente distrutto; è noto ancora che un metodo per rendere innocui i resti residuati dalla produzione dell'olio di ricino, i così detti « panelli di ricino », consiste nella loro ebollizione (*Le Ricin*).

Ecco perchè, pur essendoci tanta disparità nella quantità dei semi, i fenomeni tossici sono stati quasi a tutti identici.

* * *

Concludo questa breve osservazione clinica mettendo in rilievo la necessità di istruire i bambini attraverso la scuola, gli adulti attraverso le loro società, i loro luoghi di ritrovo, sulle conseguenze molto probabilmente letali per l'uso dei semi di ricino, specie attualmente che il ricinus è divenuto pianta di coltura così comune, ed in considerazione che il seme *fresco* è più velenoso del seme *secco, abbrustolito*.

San Cesario di Lecce, marzo 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

INFEZIONI.

Ricerche sull'etiologia dell'eritema polimorfo acuto.

Il suo agente etiologico: "Strepfobacillus moniliformis,,.

(LEVADITI, NICOLAU, POINCLOUX. *La Presse médic.*, 1926, n. 22).

Gli AA. hanno potuto isolare, studiare, conservare un germe nuovo, da essi denominato « Streptobacillus moniliformis », circolante nel sangue di uno degli stessi AA. colpito da una setticemia ad inizio brusco, con evoluzione in tre poussées febbrili di dodici giorni, complessivamente, la defervescenza di ciascuna poussée essendo segnata da una eruzione eritemato papulosa predominante agli arti inferiori ed in genere sulle superfici estensorie. L'eruzione era costituita all'inizio da macule che in poche ore divenivano papule che dopo 36-48 ore scomparivano senza lasciar traccia. Il diametro variava dai 3 ai 10 mm., arrotondate, rosee, con un centro di un rosso più vivo, impallidenti alla pressione. I tegumenti dello stesso p. potevano dunque reagire in due modi differenti all'agente infettivo, particolarità questa che fa classificare il caso fra le forme di passaggio note, fra l'eritema polimorfo e l'eritema nodoso.

Aggiungiamo che nel caso in questione vi erano state artralgie multiple delle piccole articolazioni, angina e splenomegalia: due emoculture nell'acme febbrile avevano messo in evidenza lo stesso nuovo germe.

I vari AA. hanno accomunato le più diverse malattie, allorchè il loro tipo eruttivo presentava qualche somiglianza: così troviamo sotto il nome di eritemi polimorfi quelli in rapporto con cause tossiche, alimentari, medicamentose, ovvero da autointossicazione (uremia, diabete) o infettive (tutte le infezioni). Ma vi ritroviamo anche, e forse con maggior ragione, eritemi polimorfi esenti da ogni associazione patologica, dalle semplici forme malattie della pelle, fino alle forme acute, mortali: le prime etichettate eritema maculoso, papuloso, tubercolare, anulare, circinato, girato, bolloso, ecc.; le seconde, osservate qua e là da singoli AA., sono forme chiaramente infettive, ma evidentemente più vicini al pemfigo acuto ed alla dermatosi del Duhring, che all'eritema polimorfo. In quest'istesso capitolo troviamo le forme etiologiche dell'eritema nodoso attribuito talora ad intossicazioni, talora ad infezioni acute, tal'altra alla tubercolosi od alla sifilide, o a germe sconosciuto.

La questione dell'eritema polimorfo e nodoso è dunque assai complessa: ma la suggestione dei fatti ci porta a considerare univoca la etiologia dell'eritema nodoso e polimorfo: si tratterebbe quindi di una malattia, sicuramente infettiva, abbenchè l'agente sia sconosciuto, malattia eruttiva. il cui esantema può, come quello sifilitico, rivestire varie forme: macule, papule, noduli, forse anche vescicole. Malgrado il suo polimorfismo questa eruzione, date le sue abituali sedi, può presentare un aspetto di unicità e mostrare forme mortali, acute, forme subacute, forme fruste. I due eritemi in questione, sarebbero per gli AA. suricordati, duplice manifestazione di una stessa causa microbica, sarebbero manifestazione di una malattia infettiva eruttiva: ciò per l'andamento dei casi acuti e subacuti, per i fatti di contagio, di ricorrenza in certe stagioni, per analogia a fatti di patologia generale.

Anteriori al reperto degli AA. sono le ricerche etiologiche negative di Nicolle e Conseil, quelle positive per un bacillo pseudodifterico di Rosenow, di bastoncini delicati, immobili, gramnegativi, del Roberts, di una spirochaeta agilis del Manzini.

Nel caso del Levaditi e colleghi, fu eseguita una emocultura in brodo undici ore dopo l'inizio della malattia, ed un'altra il quinto giorno: fu anche raschiata una papula e coltivato il prodotto. In tutte e tre furono messe in evidenza nel velo fibrinoso galleggiante al disopra delle emazie, dopo tre giorni, delle piccole colonie biancastre che andarono aumentando di volume per dissociarsi poi. Queste colonie erano costituite da un germe chiamato dagli AA. Streptobacillus moniliformis, i cui caratteri morfologici culturali sarebbero i seguenti:

Forma varia, cocchi oblunghi o bacilli isolati o riuniti a catenella; non capsula, non spore; talora bacilli dai cinque ai sei micron, disposti in serie lineari, talora con ispessimento al centro caratteristico.

La colorazione lenta con il Giemsa mette in evidenza la cromatina. Il passaggio da una cultura su mezzo mediocre ad un mezzo favorevole, dà luogo alle forme streptobacillari tipiche. La inoculazione agli animali sensibili produce gli stessi risultati qualunque sia la morfologia del primitivo bacillo. Non prende il Gram; con conveniente acidità ed in presenza di sangue, cresce in brodo. Cresce anche bene in brodo siero, in brodo ascite, in brodo siero glucosato. Non provoca tossine, non dà luogo a forme filtranti. Il germe isolato è fortemente virulento per gli animali di laboratorio, mostrando una affinità per la pelle e le articolazioni. Nel coniglio, che è l'animale più sensibile verso il bacillo isolato, dà luogo ad immunità. MONTELEONE.

Erytema arthriticum epidemicum.

(PLACE, SUTTON e WILLNER. *Boston Medical Journal*, 18 febbraio 1926).

Gli AA. hanno studiato numerosi casi di questa forma morbosa epidemica che ha infierito nella piccola città di Haverhill nel gennaio di quest'anno.

L'affezione si manifesta improvvisamente con forte brivido, vomito, intensa cefalea, malessere e prostrazione. La febbre molto alta al principio cade al terzo o quarto giorno, ricompare poi ed assume, nei casi gravi, per circa due settimane una curva remittente.

L'eruzione compare dal primo al terzo giorno ordinariamente all'estremità specie al lato estensorio ed intorno alle articolazioni: nei casi gravi colpisce anche le spalle, il tronco e la faccia. Consiste in maculo-papule irregolari, varie per forma e grandezza, di colore rosso scuro con tendenza ad impallidire nel centro. Di solito l'eruzione somiglia a quella della rosalia e del morbillo. Dura 3-7 giorni e lascia una lieve pigmentazione che permane talvolta fino a 2 settimane. Spesso si hanno emorragie petecchiali al dorso ed alla pianta dei piedi.

La lesione articolare compare dal primo al quarto giorno, di solito al terzo. Quasi sempre sono colpite più articolazioni e particolarmente quelle delle dita delle mani e dei piedi. Possono essere colpite anche, ma raramente, l'articolazione delle mascelle, della spalla, quelle intervertebrali. All'esame obbiettivo si nota gonfiore ed arrossamento delle articolazioni. Il dolore è molto forte.

Talvolta si hanno fenomeni respiratori: tosse, arrossamento delle fauci ed in qualche caso si è sviluppata broncopulmonite.

In quattro casi si ebbe delirio, in due stato stuporoso e nella grande maggioranza ottundimento del sensorio.

In nessun caso si sono avute localizzazioni cardiache.

Mai si riscontrò ingrossamento delle glandole linfatiche, ed in un solo caso la milza era palpabile. Il fegato non fu trovato mai ingrossato, nè dolente. E mai si notarono segni d'itterizia.

L'epidemia era limitata ad una piccola area in prossimità del fiume ed i pazienti, di cui il 40 % maschi, erano prevalentemente Lituani, Polacchi ed Italiani. La loro età variava da 8 mesi a 50 anni. La maggioranza dei casi si verificò in case di povera gente ma tenute con sufficiente proprietà e pulizia.

La contagiosità della malattia non è dubbia, ma gli AA. riescirono a constatarla solo in pochi casi. Il mezzo di diffusione sembra essere il latte. Il periodo d'incubazione in un caso fu fissato a 2-3 giorni.

Dal sangue e dal liquido articolare gli AA. isolarono un microrganismo bacillare, non resistente al Gram, che nei terreni fluidi tende a prendere la forma filamentosa, mentre in quelli solidi tende ad accorciarsi. In tutti i terreni il suo pleomorfismo è marcato: ovale, sferico, filamentoso. Il terreno nutritivo più favorevole è il brodo con liquido ascitico o con sangue.

Il quadro clinico della malattia è dominato: 1) dall'inizio acuto con sintomi tossici: brivido, vomito, malessere, cefalea; 2) dall'eruzione che colpisce l'estremità e che è a tipo morbilliforme con tendenza alle petecchie; 3) dalla poliartrite prevalentemente grave.

Si distingue dall'eritema infettivo per la mancanza o rarità dell'eruzione facciale o per l'assenza di lesioni circinnate e serpigginose e resipelatose, ed infine per la presenza delle lesioni articolari.

Dal reumatismo articolare acuto si distingue per il carattere epidemico, per l'assenza di localizzazioni cardiache e per l'uniformità dell'eruzione.

Dall'*erythema subitum* si differenzia per l'esistenza della febbre e dell'artrite e per l'assenza di mononucleosi.

Si distingue dal tifo per i caratteri epidemiologici, per il decorso, per la prevalenza delle lesioni articolari e la distribuzione dell'esantema.

La malattia sembra avere strette analogie con la febbre di Malta. Il fatto che pare si diffonde a mezzo del latte, l'artrite, l'eruzione, i sintomi tossici e il tipo irregolare della febbre sono elementi che si riscontrano in ambedue le affezioni. Ma l'assenza d'ingrossamento della milza, l'assenza di linfocitosi ed il referto batteriologico farebbero escludere qualsiasi parentela fra le due infezioni.

DR.

VIE BILIARI.

Rilievi sulle forme di colecistiti lievi, chiamate cistifellee a fragola.

(P. LECÈNE e P. MOULONGUET. *La Presse médicale*, n. 4, 1926, p. 49).

La cistifellea a fragola, rilevabile su pezzi operatorii freschi, è costituita da piccoli granuli gialli, attaccati alla mucosa cistica, rilevati, di colore giallo vivo che risaltano sul fondo bruno della cistifellea, unici o multipli, di grandezza da una testa di spillo ad un grano di miglio.

Al microscopio si presentano come ammassi di cellule di lipoidi, i quali nei preparati da inclu-

sione in paraffina si presentano costituiti da cellule poliedriche ed appaiono chiarissime per dissoluzione, con l'alcool e lo xilolo, del contenuto lipoideo. Dai preparati con congelazione si vedono dette cellule ripiene di lipoidi, disseminati nelle maglie del loro protoplasma. Questi prodotti sono anisotropi e si presentano anche come cristalli aghiformi fusibili a bassa temperatura (35°-37°) a differenza della colesterina (che fonde a 148°). Ciononostante le reazioni colorimetriche dimostrano che si tratti di un composto colesterinico.

Un'analisi chimica praticata da Schaeffer (Strasburgo) su cistifellee a fragola dimostra che la quantità dei lipoidi contenuti dalla parete di esse è il doppio di quella che contengono le cistifellee normali. E non solo la colesterina è aumentata, ma anche gli acidi grassi, ecc.

La cistifellea a fragola nella statistica di Mayo su 5000 asportate chirurgicamente, figura nel 18 % dei casi. L. e M. su 84 cistifellee operate in due anni, le rinvennero 15 volte.

Aschoff e Bacmeister credettero gli ammassi lipoidei sottoepiteliali come xantomi. Policard crede che esistano anche nelle cistifellee normali. Laroche e Flaudin credono siano dovuti ad inclusioni di cristalli di colesterina intramurali.

Teoria prelitiasica. — Gosset ed allievi, dopo Chauffard, ammisero che i granuli gialli della cistifellea a fragola rappresentavano stadii iniziali della litiasi biliare. Un piccolo granulo distaccandosi formerebbe un centro di cristallizzazione di un calcolo di colesterina, basandosi sull'analogia di composizione dei calcoli di colesterina e dei granuli gialli formati di un lipoide di colesterina complesso. Ma questi non sono formati di colesterina pura e dippiù distaccandosi dalla parete e pescando nella bile non prendono l'aspetto di calcolo, come dimostra una figura di L. e M. Inoltre se tale fosse l'origine dei calcoli si sarebbero rinvenute forme peduncolate ed i punti di connessione con la parete non si rinvennero neppure nei calcoli intramurali.

Teoria della stasi vescicolare. Per Policard sarebbe un'esagerazione della funzione normale di assorbimento dell'epitelio della cistifellea; ma differenti sono le reazioni colorimetriche e le proprietà ottiche dei granuli lipo-proteici. Del resto tale teoria della secrezione della colesterina da parte dell'epitelio della cistifellea si è dimostrata inesatta.

L. e M. credono all'*origine infettiva* della cistifellea a fragola, nonostante il parere contrario di Gosset ed allievi. Mac Carthy che la descrisse per primo, la incluse tra le colecistiti infettive, come W. Mayo.

Gli studii di L. e M. confermano che i granuli giallastri si trovano frequentemente nelle cisti fellee infette, calcolose o non.

Non è raro trovare nelle villosità della mucosa delle cellule degenerate in via di trasformazione grassosa, messe in evidenza con la colorazione con Sudan III nei preparati per congelazione: tali cellule hanno l'aspetto di leucociti o istiociti in via di degenerazione grassosa e si presentano come cordoni lungo la villosità della mucosa; si rinvengono tutti i passaggi dalle cellule isolate ai granuli giallastri tipici. Tali fenomeni di degenerazione grassa dei leucociti si hanno allorchè un'infiammazione suppurativa è in via di regressione. Infatti tali ammassi di cellule lipoidee nelle colecistiti si rinvengono anche nella muscolatura e sotto la sierosa, ed alle volte esiste una continuità tra gli ammassi sottoepiteliali e gli ammassi parietali; le cellule epiteliali stesse possono essere soggette alla degenerazione grassa.

Tali reperti istologici stanno a dimostrare l'esistenza di un processo infiammatorio nelle cistifellee a fragola, manifestazioni della reazione della cistifellea contro l'infezione.

Gli AA. dimostrano che anche nelle salpingiti croniche vi sono dei granuli gialli nella mucosa, e di cui l'origine infettiva è indubbia, adducendo una fotografia di un pezzo ed una microfotografia.

In tutti gli ammalati portatori di cistifellea a fragola, gli AA. hanno potuto dimostrare l'infezione pregressa od in corso sia dalla storia clinica, sia dall'esame anatomo-patologico; e succintamente ne riferiscono tra di essi 3 casi.

Uno dei segni più sicuri dell'infezione della cistifellea è l'ispessimento dello strato cellulare sottosieroso, che diviene di aspetto biancastro; inoltre l'esistenza di gangli dell'ilo e del peduncolo epatico infiammati. Al microscopio sclerosi dello stroma sottomucoso; le cellule epiteliali divengono cubiche, indifferenziate, ed alle volte le alterazioni dell'epitelio sono ancora più notevoli. Nè vale la sterilità della bile accertata con i comuni terreni culturali, e dovuta all'azione battericida della bile.

Terapia. Per quegli AA. che ammettono che la cistifellea a fragola sia una lesione prelitiasica è logica l'ablazione. Secondo L. e M. bisogna distinguere due casi: se coesiste una litiasi biliare, oppure si rinvengono lesioni gravi del'a cistifellea è necessario togliere la cistifellea, perchè le lesioni a fragola, se coesistono, passano in seconda linea. Se la storia dell'ammalato, il risultato negativo delle radiografie, le aderenze pericolicistiche, l'ispessimento della parete e specialmente della sottosierosa, l'esistenza dei gan-

gli ingrossati nell'ilo epatico provano una lesione infettiva della cistifellea, e probabilmente « a fragola », gli AA. praticano una colecistostomia, per drenare le vie biliari, direttamente, poichè la infezione non è esclusiva della cistifellea.

JURA.

Contributo alla chirurgia della colelitiasi con particolare riguardo alla calcolosi del coledoco.

(G. POTOTSCHNIG. *Arch. It. di Chir.*, 1925, vol. XIV, fasc. 5).

L'A., accennato all'importanza dell'argomento, fa alcune considerazioni sulla così detta colecistectomia ideale della quale egli si dichiara partigiano, a condizione che durante l'atto operativo si siano scrupolosamente eseguite le seguenti premesse di tecnica:

1) ectomia sottosierosa; 2) legatura isolata del cistico e suo affondamento retroperitoneale; 3) emostasi perfetta; 4) completa peritoneizzazione del campo operativo, e che non si abbia alcun dubbio sulla pervietà del coledoco.

Viene quindi a parlare del trattamento chirurgico della calcolosi del coledoco. Il drenaggio dell'epatico col tubo a T del Kehr possiede molti inconvenienti (lunga degenza, deperimento per la perdita di bile, aderenze e sventramenti post-operatori, ecc.) e non assicura, come si proponeva Kehr, l'eliminazione spontanea di calcoli residui. Si è quindi cercato di sostituirlo con mezzi più fisiologici, quali:

1) la coledocotomia sopraduodenale con dilatazione meccanica della papilla, completata con la sutura del dotto; 2) la coledocotomia transduodenale; 3) la coledoco-duodenostomia.

L'A. si intrattiene particolarmente ad illustrare il primo di tali metodi, che egli stesso ha eseguito in tutti i casi (sette in tutto) di calcolosi del coledoco da lui curati dal 1923 ad oggi. Egli ha sempre praticato dopo la sutura del coledoco la chiusura completa dell'addome senza porre alcun drenaggio, tranne che in un caso, in cui era avvenuta una perforazione della cistifellea nel fegato, con formazione di un ascesso epatico nel qual caso però egli si limitò a drenare solo la cavità ascessuale. In tutti i casi l'affezione datava da molto tempo e si trovarono all'atto operativo notevoli alterazioni delle vie biliari e del fegato, sopratutto della cistifellea; questa fu asportata in cinque casi mentre in due fu conservata perchè raggrinzita e ridotta alle dimensioni di una nocella. Il coledoco era sempre dilatato, sclerotico. Solo in quattro casi fu eseguita una vera e propria coledocotomia sopraduodenale, perchè in un caso l'estrazione dei calcoli e la dilatazione della papilla fu eseguita attraverso lo sbocco nel coledoco del cistico, sezionato a questo livello, e nei due casi in cui esisteva perforazione della cistifellea nel coledoco fu approfittato di tale perforazione, previa colecistectomia.

In tutti questi sette casi i risultati post-operatori prossimi e lontani sono stati ottimi, per cui l'A. insiste sui vantaggi del metodo da lui adoperato nel trattamento della calcolosi del coledoco.

FIORENTINI.

Critica tecnica della colecistectomia.

(DESGOUTTES e RICARD. *La Presse médicale*, n. 2, 1926, p. 19).

Gli AA. contestano i vantaggi della colecistectomia per via retrograda e si dichiarano più favorevoli in linea generale alla ablazione della cistifellea da avanti in dietro.

Nella colecistectomia anteriore l'emorragia del letto della cistifellea si può dominare con compressione progressiva temporanea con una valva ed un tampone di garza.

Per quanto riguarda l'allacciatura dell'arteria cistica, più facile, secondo alcuni, nella ablazione della cistifellea da dietro in avanti, nella colecistectomia per via anteriore riesce ugalmente agevole ed è più sicura purchè l'asportazione della cistifellea si faccia per via sottosierosa praticando un collaretto peritoneale sul terzo superiore del cistico, nella regione più vicina al colletto del corpo della vescichetta biliare.

Con quest'ultima tecnica si ovvia anche al pericolo di ledere il dotto epato-coledococico, poichè attraverso l'asola completa in corrispondenza del bacinetto della cistifellea si può scollare gradualmente il cistico nel doppio foglietto peritoneale del legamento gastro-epatico, facendo sì che nella trazione si liberi il cistico al 3° superiore. Gli AA. rilevano il vantaggio di procedere alla legatura alta del cistico, nè il moncone dilatandosi può rappresentare un pericolo maggiore del la dilatazione del coledoco, la quale segue alla colecistectomia, praticata a ridosso del coledoco.

La lunga esperienza del metodo praticato dagli AA. dimostra inoltre che il collaretto serioso è un grande vantaggio per affondare il moncone cistico e ad essi pare che le fistole siano meno frequenti. Il drenaggio sottoepatico viene dagli AA. praticato fuori del collaretto sieroso, e viene mantenuto per pochissimi giorni.

JURA.

Cisti biliare dopo colecistectomia ideale.

(PÒLYA. *Zentralbl. f. Chirurgie*, 1925, n. 42, p. 2341).

Il 17 febbraio 1923 era stata ammessa al reparto chirurgico di Pòlya una donna operata altrove,

nel giugno 1922, per calcolosi biliare. Le era stata eseguita la colecistectomia attraverso incisione epigastrica e la ferita era stata chiusa per prima. Una settimana dopo l'operazione le era cominciato un ittero, che era andato aumentando, senza dolori, ma lasciando feci colorate. All'esame obiettivo il fegato era ingrossato notevolmente, la temperatura presentava degli innalzamenti giornalieri da 37.3 a 38.5.

Dopo l'abituale preparazione con cloruro di calcio, il 24 febbraio 1923 Pòlya l'operò, in narcosi eterea. Laparotomia mediana con escissione della vecchia cicatrice e dell'ombelico. Forti aderenze tra parete, omento e fegato. Sia nella parete addominale che nei tessuti di aderenze, anche i più piccoli vasi sanguinano notevolmente. La cistifellea manca. Alla superficie inferiore del lobo destro del fegato, una formazione cistica della grandezza di un pugno d'uomo, a pareti sottili, contenente bile. Dietro a questa, un'altra simile, della grandezza di una noce circa, che comunica con la prima. Le due cisti vengono aperte, se ne vuota il contenuto e in ognuna delle due si introduce un grosso tubo di gomma. Intorno ai tubi, tamponi di garza. Alla palpazione non si apprezzano calcoli affatto; la testa del pancreas un po' ingrossata ed indurita. Sutura parziale della parete addominale a strati. Iniezione di siero di cavallo sottocute.

Il primo giorno si raccolsero dai drenaggi 200 cmc. circa di bile, poi la secrezione andò diminuendo e 5 giorni dopo l'operazione era cessata del tutto. Già a questo momento si notò un sorprendente miglioramento dello stato generale e dell'ittero, le feci si andarono colorando intensamente e la temperatura si abbassò fino a scomparire. Dopo una forte emorragia coledocica intervenuta al quarto giorno di decorso postoperatorio, la ferita guarì regolarmente e presto, così che il 2 aprile la paziente lasciò l'ospedale in condizioni generali ottime. A distanza di un anno fu rilaparotomizzata per peritonite generale di origine genitale, e anche di questa guarì bene. Dal lato delle vie biliari nessun dolore, l'ittero scomparso completamente.

Ora, per quanto riguarda l'interpretazione del caso, Pòlya aveva pensato, prima di intervenire, ad una occlusione del coledoco per calcolo o per retrazione cicatriziale. Davanti al reperto operatorio aveva pensato, quantunque non molto persuaso, che la formazione dilatata a contenuto biliare potesse essere il coledoco o un dotto biliare intraepatico. L'arresto della secrezione dopo cinque giorni di drenaggio, il rapido ristabilirsi della canalizzazione anormale, la chiusura precoce della ferita esclusero tanto la stenosi calcolosa o cicatriziale, quanto la suddetta interpretazione anatomica. E allora una sola interpretazione era plausibile: quella che, asportata la cistifellea per via sottosierosa e suturati i due margini sierosi sopra il letto della cistifellea, si fosse formato, tra fegato e rivestimento cistico suturato, una raccolta di bile proveniente dal dotto cistico, la quale abbia compresso il coledoco.

Pòlya pensa che tale complicazione si possa evitare adattando con sutura i due foglietti di sierosa al letto della cistifellea. Ma chiude la pubblicazione scrivendo che il procedimento più sicuro, dopo la colecistectomia, è sempre quello di tamponare.

B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ENRICO MORSELLI. *La Psicanalisi.* Editori Fratelli Bocca, Torino. Prezzo L. 90.

La letteratura psicanalitica è in Italia ancora scarsa in confronto della produzione più che esuberante che la dottrina di Freud ha suscitato nei paesi di lingua tedesca e anglo-sassone. La psicanalisi ha trovato nel nostro paese resistenze fortissime. I maggiori nostri psiconeurologi hanno assunto un atteggiamento di diffidenza o si sono rifiutati di prenderla in considerazione. Eppure la psicanalisi occupa oggi uno dei primi posti nella corrente della cultura moderna e non si può ignorarla, non si può ripudiarla senza prima averla attentamente esaminata in ogni sua parte.

Si tratta in effetti di un sistema estremamente complesso, di non facile comprensione, inquinato di esagerazioni, di avventatezze, di stravaganterie. Chi si soffermasse a criticare prendendo in considerazione solo questi aspetti della dottrina freudiana farebbe opera superficiale. La critica non può esercitarsi utilmente se non dopo avere presa esatta e profonda cognizione della teoria e con animo non mal disposto verso ogni novità, anche se contrastante con la nostra educazione scientifica.

Con questa preparazione, con questa disposizione Enrico Morselli ha compiuto un'impresa veramente eccellente. Egli si è proposto di fare prevalentemente della critica, ma criticando egli espone in ogni suo dettaglio la teoria psicanalitica quale fu pensata e sviluppata da Freud e dai suoi allievi. La parte critica s'ingrana con la parte espositiva, per modo che anche chi non è perfettamente al corrente dell'argomento può con la lettura del libro del Morselli assumere una conoscenza esatta e completa della psicanalisi.

L'opera consta di due grossi volumi: nel primo è considerata la parte dottrinale, nel secondo la pratica. Ambedue i volumi sono arricchiti di nu-

merose tavole illustrative riproducenti opere d'arte, che possono costituire documentazione della psicanalisi nei riguardi della sua tesi sessuale.

Non si può non essere meravigliati nel constatare come l'A. abbia saputo impossessarsi dell'immensa produzione psicanalitica senza trascurare i più minuti particolari della teoria e delle sue applicazioni.

Con fresca e vivace agilità l'illustre psichiatra di Genova esamina punto per punto i vari postulati della dottrina, sceverando quel che di vero e vitale essa contiene, dimostrando l'infondatezza e l'assurdità di ciò che essa ha di artificioso e di avventato. Questa selezione è fatta con la maggiore serenità e spregiudicatezza.

Non si fa dell'esagerazione affermando che questa è la critica della psicanalisi più serena, più sistematica, più completa e perciò più convincente.

E tutto ciò con quella chiarezza ed eleganza di stile che fa del Morselli uno dei migliori fra i prosatori italiani viventi.

G. DRAGOTTI.

DUBREUIL-CHAMBARDEL. *Les variations du corps humaine*. Edit. Flammarion, Parigi. Prezzo Fr. 10.

L'A. descrive tutte le anomalie di forma e di grandezza delle varie parti del corpo. Dopo averne indicate le cause si sofferma ad esporre i disturbi che ciascuna di esse può provocare, e suggerisce i mezzi atti a diminuirne il danno. Sotto tale aspetto il libro può riuscire utile al medico pratico.

DR.

A. LORAND. *Ringiovanire!* Piccola Biblioteca di Scienze Moderne. Bocca, Torino. Prezzo L. 16.

Il volume si divide in due parti: nella prima l'A. tratta delle cattive abitudini che affrettano la senescenza ed accorciano la vita; nella seconda espone i metodi tentati ed adoperati per ottenere il ringiovanimento. In quest'ultima parte ogni capitolo tratta rispettivamente delle operazioni chirurgiche, degli innesti glandolari, della terapia farmacologica ed endocrina, della radioterapia e di altre cure fisiche atte a far recuperare la giovinezza o quanto meno ad arrestare il processo d'invecchiamento.

Come il precedente lavoro del Lorand dal titolo « La vecchiaia », anche questo si fa leggere per la ricchezza di notizie, la semplicità dello stile, e la mancanza di qualsiasi pretenziosità dottrinale.

È un buon libro di propaganda igienica, e sotto questo riguardo è augurabile che esso abbia larga diffusione anche fuori della classe medica.

DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

VII Congresso della Società Internazionale di Chirurgia.

(Continuazione; v. num. prec.).

IV Seduta Scientifica.

10 aprile 1926.

(Aula della R. Accademia medica al Policlinico).

Alle 8 del 10 aprile dal presidente prof. GIORDANO è aperta la 4ª seduta scientifica che deve trattare de

La chirurgia della milza.

Il prof. CORTES LLADO (Siviglia), primo relatore, dopo aver esaurientemente trattato i moltissimi problemi esaminati dagli studiosi specie sulla fisiologia della milza, conclude dicendo che sebbene non si possedano che conoscenze superficiali sulla fisiologia splenica, le funzioni emolitiche e spodolitiche della milza sono tuttavia abbastanza conosciute.

Osserva che negli interventi per affezioni del fegato e del sistema reticolo-endoteliale, le guarigioni ed i miglioramenti clinici non coincidono colle modificazioni del quadro ematologico, cosicchè ci è impossibile il precisare esattamente il meccanismo del miglioramento. Il fatto che le funzioni spleniche possono essere supplite da altre funzioni reticolo-endoteliali spiega la recidiva in parecchie malattie.

Dopo la splenectomia, sopravvengono alle volte fenomeni dei quali la patogenesi è indecisa (febbre, aumento della resistenza globulare alla putrefazione, auto-agglutinazione).

I risultati più importanti si osservano negli interventi per malattie classiche; interventi operatorî possono però effettuarsi per altre affezioni nelle quali la splenectomia può portare dei grandi servigi. Nelle rotture e nelle ferite il tamponamento; la sutura e la splenectomia hanno le loro relative indicazioni. Però quasi sempre, la splenectomia s'impone.

Nelle ectopie, si presenterà di rado l'occasione di praticare una splenectomia: la quale va limitata nei casi più favorevoli.

Nelle cisti non parassitarie se ne praticherà l'incisione o meglio si procederà all'ablazione totale della milza. Nelle cisti idatidee la scelta fra il metodo conservatore e la splenectomia dipende da varie circostanze. Nei tumori della milza, e negli aneurismi splenici, la splenectomia ha dato buoni risultati.

Viene seguito alla tribuna dal secondo relatore prof. LEOTTA (Bari). Dopo aver esposto lo stato presente delle conoscenze sulla fisiologia della milza e sulle conseguenze che la sua soppressione determina sull'organismo viene alla conclusione che la milza non è indispensabile alla vita e che

la splenectomia, funzionalmente ben tollerata, è compatibile con una normale esistenza. Di tutte le lesioni spleniche di importanza chirurgica riassume quanto oggi si conosce sulla etiologia e patogenesi, sull'anatomia patologica e sull'evoluzione clinica per dedurre le indicazioni al trattamento chirurgico, specialmente analizza in base alle premesse dottrinali ed ai risultati finora conseguiti.

1) *Lesioni traumatiche.* — Per le contusioni e le rotture sottocutanee e per le varie ferite d'arma bianca e da fuoco, la splenectomia è il trattamento di elezione e la splenorrafia il trattamento di eccezione da limitarsi alle lacerazioni parziali. A parte tratta in questo capitolo le ernie traumatiche della milza.

2) *Splenomegalie infettive.* — In questo gruppo sono considerate le splenomegalie da infezioni acute o croniche con localizzazione splenica chirurgicamente importanti, cioè:

a) ascessi splenici distinti in ascessi da propagazione e ascessi originati nella milza che sono i più importanti. Negli ascessi multipli più frequenti è sempre indicata la splenectomia: nelnell'ascesso unico è indicata la splenotomia;

b) tubercolosi della milza. Per questa affezione la splenectomia ha indicazioni assolute, appena posta la diagnosi come è per la nefrectomia nella tubercolosi renale;

c) sifilide della milza. È indicata la splenectomia nelle forme resistenti alle cure onde sopprimere un grosso nido di spirochete e liberare il paziente dai dolori;

d) splenomegalia malarica. Indicate le cure mediche associate alla radioterapia in tutte le splenomegalie di qualunque volume in sito normale. La splenectomia è indicata solo nelle complicazioni: ptosi dolorosa o torsione del peduncolo;

e) leishmaniosi generalizzata. Controindicata la splenectomia;

f) splenomegalia da endocardite lenta. Controindicata la splenectomia;

g) splenogranuloma siderotico: indicata la splenectomia.

3) *Splenomegalia emopatica.* — Questo capitolo che è il più nuovo è il più fecondo per la chirurgia splenica:

a) Leucemie: È formale la controindicazione alla splenectomia nelle leucemie in piena evoluzione. Come trattamento di eccezione la splenectomia è da riservarsi a casi di leucemie croniche allo stato iniziale, in buone condizioni generali con soddisfacente crasi sanguigna, senza manifestazioni emorragiche e con disturbi notevoli della splenomegalia.

b) Aleucemie: È contro indicata la splenectomia in qualunque forma.

c) Linfogranulomatosi: Splenectomia contro indicata.

d) Morbo di Gaucher: Indicata nettamente la splenectomia che darà risultati tanto migliori quanto più essa sarà stata precoce.

e) Anemia perniciosa progressiva: La splenectomia non è indicata all'infuori di qualche caso eccezionale, ad evoluzione lenta con notevole splenomegalia avendo cura di praticare ripetute trasfusioni avanti e dopo l'operazione.

f) Anemia splenomegalica infantile: Non richiede cure chirurgiche, ma mediche appropriate a relativo fattore etiologico. La splenectomia può rispondere in alcune forme ad etiologia oscura ribelli alle cure mediche e radioterapiche in quanto viene a sopprimere una grande sorgente di tossine ed attenua il processo emodistruttore, rompendo il disquilibrio tra emolisi ed emopoiesi.

g) Policitemia o eritremia: Contro indicata la splenectomia.

h) Ittero cronico emolitico: Indicazione assoluta e precisa alla splenectomia che è capace di dare la guarigione completa.

i) Porpora emorragica: La splenectomia è assolutamente indicata come l'unico trattamento capace di dare la guarigione clinica dell'affezione.

4) *Splenomegalie cirrotiche.* — Comprende i tre gruppi che interessano chirurgicamente:

a) Morbo di Banti: È nettamente indicata la splenectomia nel primo e nel secondo periodo. Per quanto l'indicazione sia meno netta nel terzo periodo, se l'infermo è in condizioni di sopportarla, ed essa è permessa dalle aderenze, la splenectomia è giustificata anche in questo periodo preferibilmente associandola alla omentopessia.

b) Morbo di Hanot: È controindicato qualunque trattamento chirurgico.

c) Cirrosi ipertrofiche splenogene: È sempre indicata la splenectomia in tutte le forme nelle quali il processo epatico è di orgine splenica e per lo meno è accompagnato da una notevole splenomegalia, che attesti nella milza un processo identico a quello epatico.

5) *Splenopatie circolatorie.* — Per lesioni arteriose o venose:

a) Aneurismi dell'arteria splenica: Il trattamento indispensabile è la splenectomia associata all'estirpazione della sacca aneurismatica da applicarsi il più precocemente possibile.

b) Splenomegalia splenotrombotica: È indicata la splenectomia che dà sempre la guarigione quando la trombosi della vena splenica non è estesa alla vena porta. Quando il processo endoflebitico è esteso anche alla porta, senza però ostruirla completamente, la splenectomia resta ancora indicata, per quanto incerto sia il risultato. Se la occlusione portale è già completa, l'affezione resta al di sopra delle risorse chirurgiche.

c) Splenomegalia pilotrombotica: Nella trombosi del tronco della vena porta, la splenectomia non ha indicazioni, come non ne hanno altre forme di trattamento chirurgico, (derivazioni circolatorie, fistola di Eck, ecc.).

6) *Neoplasmi della milza.* — Sono rari i primitivi, che solo interessano il chirurgo. Tra i benigni più frequenti sono gli angiomi, per i

quali è indicata la splenectomia. Tra i maligni il meno raro è il sarcoma che richiede la splenectomia. Non ha base la individuazione dello splenoma che deve considerarsi come un comune sarcoma.

7) *Cisti della milza*, delle quali interessano chirurgicamente sopratutto:

a) Cisti da echinococco, per le quali resta la marsupializzazione come il metodo curativo di elezione; la splenectomia è indicata solo nelle cisti multiple e molto voluminose non aderenti e nelle cisti sotto-diaframmatiche; la enucleazione e la riduzione senza drenaggio non ha nella milza le stesse indicazioni che ha nelle cisti del fegato e può solo ritenersi indicato nelle cisti iuxtaspleniche.

b) Cisti non parassitarie (dermoidi, ematiche, sierose, siero-ematiche). È indicato un trattamento pressochè simile alle cisti da echinococco; in genere è da prediligere la marsupializzazione riservando la splenectomia alle cisti voluminose e multiple in milze libere.

8) *Spostamenti e torsione della milza.* — Gli spostamenti della milza che richiedono un intervento sono quelli nei quali la splenectomia è la operazione di scelta. Nella torsione del peduncolo la splenectomia è indicata in qualunque forma ed in qualunque periodo evolutivo della torsione.

9) *Tecnica.* — Nell'ultima parte della relazione è trattata la tecnica nelle varie operazioni sulla milza. Per la splenectomia è consigliata un'incisione personale, che mentre dà una breccia la più ampia possibile, rispetta al massimo l'integrità anatomica e funzionale della parete addominale.

La chiara esposizione seguita attentamente è vivamente applaudita.

Prende quindi la parola il prof. HENSCHEN (St. Gallo). Egli riassume brevemente l'amplissima sua relazione come segue:

I. *Le funzioni della milza*: 1) Funzione regolatrice dell'emopoiesi, della emocateresi, nonchè della conservazione della costanza tanto per il volume quanto della costituzione del sangue: *a*) funzione eritro- e mielopoietica della milza embrionale; *b*) funzione linfopoietica; *c*) funzione importantissima della disintegrazione fisiologica del sangue (leucociti, eritrociti, trombociti. 2) Funzione conservatrice per il sangue tanto rispetto alla sua massa quanto rispetto alla sua composizione (compenso di differenze di pressione per mezzo della circolazione epato-lienale, serbatoio di ericrociti e di emoglobina). 3) Organo di difesa: filtro per i detriti; focolaio di fagocitosi per i batteri ed i protozoi; formazione dei corpi siero-immunizzanti, difesa immunizzante antineoplastica. 4) Funzione endocrina: relazioni importantissime con le ghiandole genitali, col timo, con la tiroide, col pancreas, con le surrenali e le ghiandole carotidee. 5) Funzione di ricambio: partecipazione alla disintegrazione istio-endoteliale del materiale nutritivo; posto di controllo per il ricambio del ferro; partecipazione al ricambio dei grassi e dei lipoidi; regolarizzazione del ricambio respiratorio e della eliminazione dell'acqua. 6) Funzione importante assieme al fegato riguardo al ricambio intermediario dell'emoglobina.

II. Conseguenze della splenectomia: 1) Influenza sulla composizione del sangue: linfocitosi seguita da eosinofilia durante il primo anno consecutivo all'operazione; tasso degli eritrociti normale oppure policitemia, oppure anemia latente emolitica da splenectomia. 2) Influenza sul ricambio, specialmente su quello del ferro, nonchè aumento della colesterina nel sangue. 3) La tolleranza per infezioni ed intossicazioni è uguale, oppure aumentata o diminuita rispetto a quella dell'individuo normale. 4) Sostituzione anatomica della milza: *a*) per rigenerazione di tessuto lienale da residuo dell'ilo; *b*) da milze secondarie autentiche già preformate; *c*) per autotrapianti spontanei; *d*) da splenoidi spontanei; *e*) da proliferazioni reticoloendoteliali extralienali; *f*) da accrescimento delle ghiandole linfatiche ed emolinfatiche. 5) Conseguenze direttamente o indirettamente dannose per gli organi vicini: stomaco, pancreas, vena porta, colon. La perdita della milza viene compensata completamente nella maggioranza dei splenectomizzati, tra questi vi è però una minoranza in cui tale compenso si verifica solo parzialmente.

III. Trapianti della milza: Etero- ed omotrapianti senza effetto; possibilità del trapianto autoplastico per mezzo della sutura dei vasi oppure per mezzo dell'autotrapianto libero.

IV. Sussidi diagnostici per la milza: percussione, palpazione, ascoltazione; ricerca delle zone lienali di Head; esame del sangue; prova della funzionalità epatica, prova della contrattilità con l'adrenalina-pituitrina, esame per mezzo dei raggi X, puntura della milza, biopsia.

V. Indicazione per interventi sulla milza: 1) Lesioni traumatiche della milza. Dato il quadro sintomatologico spesso oscuro, operazione quanto più precoce possibile anche in presenza di diagnosi dubbia. Sempre che sia possibile, è preferibile la conservazione dell'organo, in caso contrario splenectomia; se vi è emorragia recente ed asettica reinfusione del sangue contenuto nel cavo addominale. 2) Rotture spontanee: intervento rapido necessario qualunque possa essere la malattia originale. 3) La milza migrante richiede la splenopessi, oppure la splenectomia, oppure la legatura dell'arteria lienale. 4) Tumori splenici: *a*) cisti ed angiocavernomi; a seconda delle condizioni anatomiche, splenectomia; enucleazione e resezione della cisti; asportazione della parte cistica protuberante; enucleazione sottocapsulare della milza oppure marsupializzazione; *b*) tumori maligni: splenectomia con roentgenterapia consecutiva; nel caso di tumori inoperabili legatura dell'arteria splenica indi distruzione dell'organo per mezzo della diatermia oppure roentgenterapia. 5) Echinococco: splenectomia se il caso vi si presta, altrimenti marsupializzazione. 6) Sple-

nomegalie infettive: a) negli ascessi della milza (importanza della diagnosi precoce e dell'operazione precoce) operazione transpleuro-diaframmatica oppure operazione addominale, lombare oppure intervento intercosto-extrapleurico con apertura dell'ascesso uni- o bilaterale, splenectomia sempre che ciò sia possibile; b) splenite, da infarto, infettiva, ma non purulenta può richiedere splenectomia in qualche caso; c) l'asportazione della milza endocarditica (da endocardite lenta) si è finora dimostrata inutile; d) la necrosi lienale tossica non purulenta (sindrome pancreatica) richiede l'operazione tempestiva; e) la perisplenite plastica dolorosa (milza ossea, m. calcificata) esige l'estirpazione dell'organo; f) lo intervento è giustificato nelle splenomegalie luetiche, tanto monosintomatiche quanto epatolienali, sempre che si tratti di casi anemici, emolitici, ipoleucici, bantoidi e refrattari al salvarsan; g) le splenomegalie tubercolari sono guaribili con l'estirpazione della milza; h) malaria: isolata splenectomia per indicazione chirurgica (rottura, milza migrante, echinococco, ascesso) ovvero nosologica (chinino resistenza, forme emolitiche o ipoleuciche; i) splenomegalie leishmaniosiche: splenectomia nei casi refrattari all'antimonio ed ipoleucici; k) il linfogranuloma isolato è come tale clinicamente riconosciuto, richiede la splenectomia precocissima. 7) Gruppo delle splenomegalie angio-lienali: a) in casi di aneurisma, di aneurismatici e di splenomegalia aneurismatica, legatura centrale dell'arteria oppure splenectomia; b) le splenomegalie flebotrombotiche e tromboflebilitiche sono passibili di guarigione per mezzo della splenectomia, a condizione però di una scelta giudiziosa e di una decisione ponderata sia in quanto alle singole forme cliniche sia in quanto alla data dell'operazione; c) la splenectomia è controindicata nella malattia di Baumgarten. 8) Gruppo delle splenomegalie medullo emo-lienali: a) la splenectomia si ammette in certe condizioni ed eseguita con una tecnica operatoria « sistematizzata », si raccomanda come operazione palliativa in individui leucemici se questi sono stati preparati opportunamente per l'intervento; b) la policitemia rappresenta una controindicazione per la splenectomia nei casi non troppo progrediti e che non rispondono agli altri mezzi terapeutici; c) nei casi di anemia perniciosa (forma emolitica) è consigliabile la splenectomia precoce, se fatta durante la prima remissione, quale intervento palliativo che può prolungare la vita; e) nell'ittero emolitico ereditario e acquisito possiamo ottenere la guarigione clinica per mezzo della splenectomia; f) in quanto alla trombopenia essenziale benigna l'estirpazione della milza rappresenta la terapia sovrana che supera tutti gli altri metodi di cura e che salva la vita dell'infermo. 9) Gruppo delle splenomegalie reticolo-endoteliali: a) la milza amiloide non autorizza all'operazione che in casi di rottura spontanea; b) la splenectomia nel morbo di Gaucher non porta la guarigione anatomica, però essa dà dei successi clinicamente buoni e di discreta durata. 10) Gruppo delle splenomegalie epato-lienali: a) la sindrome di Banti richiede l'operazione precoce nel primo o nel secondo periodo, occasionalmente si hanno dei successi buoni o almeno soddisfacenti anche con le splenectomie fatte nel terzo stadio; nelle forme ascitiche dà buoni successi la combinazione di splenectomia con la operazione di Talma; dà ottimi risultati nelle forme trombopeniche e ipoleuciche; b) in una serie di casi di cirrosi epatica splenomegalica (forme anemizzanti, ipoleuciche e trombopeniche) la splenectomia non ebbe esito in guarigione perfetta: essa però seguita da un miglioramento clinico cospicuo e da un arresto nel corso della malattia; c) casi opportunamente scelti di atrofia epatica acuta e subacuta sono suscettibili di miglioramento con splenectomia: drenaggio del condotto epatico; « laparotomia terapeutica » con apertura di ectasie superficiali dei canicoli biliari superficiali distesi.

L'O. espone poi una parte della sua relazione prettamente personale, riferendo i risultati di alcune ricerche eseguite sul modo di distribuzione della arteria splenica nell'interno dell'organo sulle varie modalità di divisione del peduncolo vasale in rapporto sopratutto col pancreas e collo stomaco, mettendo soprattutto in rilievo l'importanza chirurgica di una arteria (talora perfino doppia) polare. Tali reperti vengono resi evidenti mediante la proiezione di radiografie di preparati anatomici iniettati con sostanze opache ai raggi.

Anche questa esauriente relazione riscuote la unanime approvazione dell'assemblea.

Segue l'ultimo relatore prof. PATEL (Lione).

La chirurgia della milza ha veduto da poco, accrescersi il terreno delle sue indicazioni, ed i risultati, già ottenuti permettono di darle una vera base scientifica.

I. *Lesioni traumatiche*. — Nei traumi chiusi, contusioni, rotture, potendo venir seguite da accidenti tardivi, la splenectomia è quasi di regola; i suoi successi sono tanto più grandi quanto più precoce è stata posta la sua indicazione. Nei traumi aperti (ferite) l'indicazione è immediata. Le ferite da arma bianca richiedono spesso interventi conservatori (splenorrafia) a ragione delle lesioni spesso limitate e superficiali. Le ferite da arma da fuoco, per le lesioni profonde e nascoste, col pericolo di un'infezione, esigono la splenectomia.

II. *Milza migrante*. — La splenopessi è riservata alle milze sane e di volume normale; la splenectomia è la regola, in presenza di una milza patologica. L'indicazione operatoria si fonda sugli accidenti precedenti.

III. *Malattie infettive*: a) le suppurazioni spleniche, da qualsiasi origine sono passibili di una incisione semplice sopratutto se l'accesso ha rotto la capsula della milza. Una splenectomia secondaria può essere necessaria; b) la tubercolosi lo-

calizzata della milza necessita un intervento radicale, il quale può dare qualche successo.

IV. *Tumori cistici*: *a*) le cisti idatidee della milza sono spesso assai aderenti ed infettate; così la marsupializzazione è indicata in numerosi casi. L'ablazione viene fatta secondariamente se persiste una fistola; *b*) le cisti sierose, in genere non aderenti e non infettate necessitano di rado un intervento palliativo (splenectomia, splenectomia parziale). La splenectomia è l'intervento di scelta e dà bei risultati.

V. *Tumori solidi*: Sono male conosciuti e male differenziati dal punto di vista istologico: angiomi, sarcomi, spleneocitomi. La splenectomia è il solo trattamento.

VI. *Splenomegalie diverse*: *a*) Malattia del Gaucher: qualsiasi l'interpretazione anatomo-patologica o patogenica, data a questo concetto, la cura chirurgica (splenectomia) dà dei successi, quando la cura medica è rimasta inefficace; *b*) leucemia: malgrado rari successi discutibili del resto, la controindicazione operatoria rimane sempre formale nei casi di leucemia; *c*) malaria: in Francia le indicazioni operatorie fornite dalla malaria, sono rare e limitate agli accidenti delle splenomegalie malariche (torsione, rottura) nei paesi dove regna la malaria, la splenectomia è spesso praticata, all'uopo di aver ragione dell'infezione; parecchi buoni risultati sono stati segnalati; l'indicazione operatoria sembra persistere sempre tenendo conto delle condizioni dell'apparato epatico e dello stato generale; *d*) malattia di Banti: numerosissimi successi sono stati ottenuti, principalmente colla splenectomia praticata nel primo periodo; la malattia sembra davvero fermarsi; più tardi nei casi d'anemia pronunciata o di cirrosi epatica, le indicazioni devono essere seriamente discusse, malgrado successi promettenti ottenuti; *e*) splenomegalie rare: qualche caso di sifilide splenica, di splenomegalia da leishmaniosi generalizzata, da anemia splenica infantile, di trombosi splenica o di cirrosi epatica con splenomegalia sono stati giudicati passibili della splenectomia.

VII. *Affezioni di origine sanguigna*: *a*) Ittero emolitico: il numero delle splenectomie fatte nel decorso di questa affezione, non è per ora tale da permettere un giudizio sul risultato fornito dagli interventi. La malattia di origine essenzialmente splenica, viene fermata; *b*) anemie perniciose: l'indicazione della splenectomia è qui molto dubbia a ragione del carattere generale della malattia; *c*) porpora emorragica: la cura chirurgica sembra essere come per l'ittero emolitico, una cura davvero causale, distruggendo un focolaio emodistruttore. Successi notevoli sono stati ottenuti. Particolarità tecniche. Gli interventi splenici richiedono: 1) la posizione curvata; 2) una incisione abbastanza larga. Fra tutte le vie proposte l'incisione trasversale, con allargamento verticolaterale, sembra radunare il massimo dei vantaggi. Le operazioni conservatrici hanno una tecnica assai semplice: il punto più importante risiede nella sutura, la quale per essere ermetica, richiede il grosso catgut, disposto in punti in U. La splenectomia richiede, prima di tutto una emostasi perfetta; la quale non può essere ottenuta se non colla legatura sistematica ed accurata di ogni vaso, a ragione della loro fragilità. Le aderenze costituiscono una difficoltà assai grave largamente diminuita da una emostasi preventiva.

Unanimi applausi salutano la brillante esposizione.

S'inizia quindi la discussione ed a far fede del grandissimo interesse suscitato dall'argomento si apprende che gli iscritti a parlare sono ben 46 ai quali in ultimo tempo sono stati aggiunti anche altri oratori.

Apre la discussione il prof. ALESSANDRI (Roma).

Ha raccolto la sua statistica d'interventi sulla milza, che riguarda 42 casi, di cui 9 per lesioni traumatiche ed esiti, 6 per cisti d'echinococco, 7 per morbo di Banti, 1 per anemia splenica, 1 per morbo di Hanot, 17 per splenomegalia malarica ed 1 per neoplasma.

È d'accordo coi relatori che l'indicazione alla splenectomia esiste sopratutto negli itteri emolitici, nel morbo di Banti e nelle anemie spleniche in genere, purchè in periodo non avanzato, e nei tumori, che però sono assai rari e non facilmente diagnosticabili.

Indicazione relativa offre invece la splenomegalia malarica, e solo quando sia ribelle a cure mediche e dia disturbi notevoli; l'indicazione è più netta nelle ptosi e specialmente se si aggiunge torsione.

Per le cisti d'echinococco ritiene anch'egli eccessiva la splenectomia, che non ha mai praticato. La marsupializzazione è certamente una buona operazione e in certi casi l'unica possibile; ha però l'inconveniente di una lunga durata postoperatoria. Crede si debba usare nei casi favorevoli l'apertura della cisti, escissione della membrana, formalizzazione del cavo e chiusura per prima; l'ha usata con ottimo esito in due casi, di cui presenta uno operato di recente.

Presenta pure il pezzo di un voluminoso sarcoma della milza, operato con ottimo risultato.

Alla interessantissima comunicazione del prof. ALESSANDRI segue quella del prof. SHEEN (Cardiff), che parla specialmente delle applicazioni radiumterapiche nei casi di splenomegalia malarica nei quali egli ebbe ottimi risultati.

JENTZNER (Ginevra), dopo aver accennato alla patogenesi delle cisti della milza riferisce di un caso di ciste endoteliale che egli operò con brillante risultato.

SILVESTRINI (Rimini), sulla scorta di un'ampia statistica polemizza specie col prof. LEOTTA concludendo come la splenectomia è secondo lui da proscriversi sia nella anemia perniciosa che nella leucemia, mentre deve essere praticata nella splenomegalia malarica. Discute col prof. LEOTTA sul trattamento da farsi nella leishmaniosi che egli crede debba essere trattata con la splenectomia.

Inoltre, dopo aver raccomandato fra i trattamenti terapeutici la trasfusione sanguigna, discute sulla tecnica operatoria non approvando il taglio proposto dal LEOTTA, preferendo a questo, per la splenectomia il taglio di KEHR a sinistra.

Segue nella discussione il prof. TANSINI (Pavia), che dopo aver ringraziato il prof. LEOTTA di avere ricordato nella sua relazione il fatto che si deve a lui l'idea e la opportuna applicazione dell'operazione di Talma alla splenectomia per la guarigione di ammalati destinati a sicura morte, crede opportuno rilevare che in alcune delle altre relazioni presentate a questo Congresso non si è tenuto il debito conto di ciò; mentre fino dal 1901 quando in modo assoluto ed universalmente era, nel terzo stadio della malattia di Banti proscritta la splenectomia, egli in un caso constatato bene non solo clinicamente ma anche dopo l'operazione con l'esame anatomico della milza, otteneva per il primo un pieno e duraturo successo con quella complessa operazione. Si rammarica che nella bibliografia annessa a quelle relazioni non si trova registrato un suo lavoro che si riferisce a quel primo caso. Si compiace però che la duplice operazione dopo quel suo primo caso a poco a poco si sia fatta strada e si sia ripetuta con buoni risultati prima in Germania e poi in Inghilterra ed in Francia. Ricorda inoltre anche il successo per altre indicazioni come in un suo caso di splenotrombosi con ascite e nella ipermegalia splenica da malaria con ascite per opera di Finkelstein.

Segue il prof. FROELICH (Nancy) che riferisce su due sue osservazioni di cisti idatidee della milza, l'una su di un ragazzo di 12 anni, nel quale egli ottenne la guarigione con l'estirpazione parziale della cisti trattata con formalina cui fece seguire il *capitonnage* della borsa senza lasciare alcun drenaggio. La seconda era una cisti suppurata che egli riuscì a guarire con iniezioni in loco di una soluzione di sublimato seguita da estirpazione parziale e drenaggio alla Mikulitzc.

Sale quindi alla tribuna il prof. DOMINICI (Sassari). Egli ha operato alcuni casi di splenomegalia malarica cronica che possono portare un piccolo contributo alle tante questioni discusse sull'argomento. In due casi la milza era ptosica nel bacino e determinava gravi metrorragie, in una malata che guarì, le metrorragie cessarono completamente. L'altra morì di shock operatorio. Tutti gli altri operati guarirono. In un altro caso la milza ptosica determinava disturbi di stenosi intestinale con qualche accesso di occlusione vera e propria. In un quarto caso applicò prima la Roentgenterapia: la milza diminuì molto di volume. Ma dopo qualche mese l'organo riaumentò di volume e ricomparvero i disturbi: la splenectomia guarì l'inferma. In un quinto ammalato vi era notevole splenomegalia senza ptosi, epatomegalia con bilirubinemia; 1.800.000 eritrociti, 6000 leucociti, fenomeni generali gravi. Erano state tentate vane cure senza successo. La splenectomia guarì l'infermo; dopo 2 mesi circa gli eritrociti erano 5.000.000 e più. Il fegato di volume normale, non più bilirubinemia. Condizioni generali normali. L'O. non crede però si debba eseguire la splenectomia sempre. Vi sono malarici cronici con enormi splenomegalie che non hanno nessun disturbo, vi sono malarici cronici con milze relativamente piccole ma con disturbi gravi che le cure mediche non fanno scomparire; la splenectomia allora può guarire il malato.

In quanto agli accessi malarici questi si sono ripetuti in un caso dopo la splenectomia. Per la tecnica egli crede che le incisioni da fare variano da caso a caso: così la legatura del peduncolo talvolta conviene farla prima, talvolta dopo l'asportazione. Nei malarici cronici vi è sempre ipocolesterinemia: dopo la splenectomia si ha un aumento del tasso colesterinico; ciò che farebbe pensare che nella milza, forse nel reticolo ipertrofico nella splenomegalia malarica, si possa depositare la colesterina.

Ha quindi la parola il prof. ROSSI FELICE (Aquila). Ha operato 4 casi di milza e due casi di rottura traumatica osservati in guerra, uno morto e l'altro guarito con la sutura della milza e tamponamento, un caso di cisti d'echinococco marsupializzata e guarita. In un caso diagnosticato morbo di Banti, fu asportata una grossa milza del peso di Kg. 2,300 con la capsula della parete esterna fibrosa bianca madreperlacea, spessa oltre un centimetro. Alla sezione si trovò una cisti del polo superiore del tutto intrasplenica contenente 200 cc. di liquido sieroemorragico, con sepimenti fibrosi approfondantisi nello spessore dell'organo. L'esame istologico escluse la forma di fibroadenia del Banti, della milza emolitica, delle varie forme leucemiche, della forma granulomatosa, della tubercolare, della luetica, della malarica.

Tanto nella capsula fibrosa con tendenza a trasformazione cartilaginea quanto nel connettivo denso intorno ai vasi delle trabecole si trovarono configurazioni speciali, cristalline, sferiche nella capsula, allungate cilindriche nell'interno della milza, parzialmente affini per i colori nucleari, non somiglianti ad alcuno dei corpi estranei e deposizioni saline, fino ad ora note, che non trovano la ragione nemmeno in fatti di necrosi e sono formate di sostanza che non ha i caratteri dei comuni sali calcari.

La novità di tale reperto richiede ulteriori ricerche.

L'ammalato è guarito.

Seguono importanti comunicazioni dei proff. KUMMER e KAWASKY (Varsavia); poscia prende la parola il prof. DONATI (Padova) che ritiene opportuno, richiamare l'attenzione dell'assemblea su di una forma di splenomegalia che egli reputa prima di ora mai osservata.

L'O. ebbe occasione di vederne due casi: si trattava in entrambi di individui adulti con di-

sturbi intestinali molto notevoli, anemia, deperimento progressivo, grosso tumore di milza (Kg. 3 e mezzo in un caso). L'esame del sangue dava ipoglobulia, valore globulare=1, leucopenia, linfocitosi e monocitosi. Nulla a carico del fegato nè di altri organi. Non tubercolosi, non lue. Col trattamento radioterapico egli ebbe riduzione del tumore splenico, ma aumento dell'anemia. La splenectomia invece, dette ottimi risultati. L'esame istologico della milza asportata non mise in luce alcun dato che potesse ricordare il morbo di Banti.

Nel richiamare l'attenzione su questi casi l'O. crede logico chiamare questa nuova forma morbosa, *splenomegalia linfatica con monocitosi e linfocitosi relativa*.

La interessante comunicazione è nuovamente applaudita.

Seguono alla tribuna il prof. IURASEK (Praga) che riferisce su due casi di splenotrombosi operati nei quali ebbe nel primo un insuccesso e nel secondo un ottimo risultato, e JURASZ (Poznan) che parla dei benefici effetti della irradiazione della milza pre- e postoperatoria, effetti notati dallo stesso su molti casi specie di diatesi emorragica ed emofiliaca.

Seguono quindi comunicazioni di DE MATTAS (Portogallo), HEIMANN (Anversa), DE SAUZA (Lisbona) e PETRIDIS (Alessandria d'Egitto) le cui interessantissime osservazioni collimano con quanto hanno detto i relatori. Ha poi la parola il prof. CAPPELLI (Ancona). Egli dice che la discussione del tema della chirurgia è di speciale compiacimento per gli italiani, perchè, a cominciare sin dal 1882 coi memorabili lavori del Banti viene consacrata la fondamentale italianità della patologia splenica.

Non sono passati molti anni dacchè la discussione sull'operabilità delle splenopatie mediche era limitata ad alcune e poche splenomegalie. Le nuove vedute e ricerche cliniche, ematologiche e fisiopatologiche hanno permessa una maggiore e più perfetta individualizzazione delle varie sindromi **spleniche.**

Fa rilevare che i criteri di operabilità, dettati nel Congresso della Società Italiana di Chirurgia a Milano, 1921, collimano fondamentalmente colle conclusioni dei relatori di questo Congresso Internazionale. Nello stesso Congresso di Milano, dove l'O. era relatore riferì su 35 casi di splenectomia per varie indicazioni. Riporta ora un altro caso di splenectomia per esito di ascesso di propagazione (ulcera gastrica) e non può fare a meno di far rilevare che il primo caso di splenectomia per trombopessia essenziale fu operato da lui nel 1911 mentre il Katznelson ha fatto il suo intervento nel 1916.

Ritiene che il termine di menorragia da trombopenia della pubertà non sia esatto: questo non è un vero concetto patologico, ma un sintoma dominante nel quadro generale della trombopenia essenziale.

Circa l'indicazione operativa, bisogna tener conto che esistono:

1) casi lievi in cui la sindrome morbosa dell'ittero emolitico può rimanere attenuata e benigna per tutta la vita. I colpiti però sono degli itterici più che dei malati. In queste forme l'indicazione della splenectomia o non esiste o viene considerata come relativa e di elezione, e l'intervento è relativamente innocuo e di efficacia quasi sempre costante;

2) casi gravi, in cui la splenectomia ha una indicazione assoluta, specialmente quando le crisi di distruzione globulare sono accentuate e frequenti, e quando l'anemia è intensa. La indicazione è pure assoluta nei casi contrassegnati da crisi di deglobulizzazione, perchè non ci mette al sicuro contro una crisi più grave con esito anche mortale.

La splenectomia, nelle vere forme costituzionali, ha una guarigione clinica, meno qualche rarissima eccezione. Gli esiti operativi dimostrano che la composizione del sangue, nei casi di anemia più o meno gravi, migliora e raggiunge la norma o quasi; il senso di debolezza o di facile stanchezza per occupazioni anche lievi, migliora o cessa totalmente: per quanto la guarigione non sia completa nel senso biologico, sta il fatto che essa in generale clinicamente si stabilisce, per modo che gli operati si comportano come dei sani e riacquistano la loro capacità lavoratrice.

Ultimo a parlare nella discussione è il prof. LEONTE (Bukarest) che riferisce specie sul trattamento da usarsi nei diversi traumatismi della milza.

Seguono quindi brevi repliche del relatore, HENSCHEN e CORTES-LLADO ed alle ore 12 il sen. GIORDANO toglie la seduta.

(*Continua*).

Dissenteria da "Balantidium coli".

A proposito della nostra nota sulla Dissenteria da *Balantidium* abbiamo ricevuto l'estratto di un articolo sullo stesso argomento pubblicato fin dal 1922 in « Pathologica » dei dottori G. Graziadei e M. Stanzani che a noi era sfuggito. Richiamiamo l'attenzione su questo caso che è importante oltre che per la priorità dell'osservazione anche perchè vi si è rilevata l'efficacia della cura emetinica.

PAOLO ALESSANDRINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La diagnosi differenziale tra la sifilide ed alcuni altri processi ulcero-membranosi della cavità boccale.

Plant (*Deut. Med. Woch.*, n. 12, marzo 1926), sulla guida di parecchi casi caduti sotto la sua osservazione, traccia le linee che deve seguire il medico pratico per porre tale diagnosi.

In primo luogo è importante raccogliere una buona anamnesi. Un inizio subitaneo in pieno benessere parla contro la sifilide. Depone invece per questa un inizio lento, caratterizzato da disturbi vaghi nella deglutizione, che i malati mettono per lo più in rapporto ad un « raffreddamento ». Forme ulcero-membranose non luetiche sono spesso in rapporto a precedenti disturbi gengivali e dentari, che richiesero anche l'intervento del dentista. D'altro lato, però, non deve dimenticarsi la possibilità d'infezione luetica della bocca dopo applicazione di strumenti dentistici non ben sterilizzati.

Nelle forme fuso-spirillari i malati accusano sovente dolori auricolari in rapporto alla tumefazione delle tonsille. Se però coesiste secrezione purulenta dall'orecchio non si dovrà escludere la sifilide.

Clinicamente ha grande importanza la presenza di tumefazioni ghiandolari, poichè la sua assenza depone nettamente contro la sifilide.

La diagnosi differenziale deve esser talora posta anche con la difterite, la quale, al contrario di quanto è detto in molti trattati, può presentarsi unitamente alla forma fuso-spirillare.

Altre diagnosi differenziali devono farsi con l'angina necrotica, con la difteroide scarlattinosa, e con i processi stomato-necrotici iniziali delle leucemie acute.

In ogni caso la diagnosi è basata sull'esame diretto dei secreti delle ulcerazioni e delle placche della mucosa, sia con preparati a secco, colorati coi metodi classici, sia con preparati a fresco osservati al paraboloide.

Con questo secondo metodo non sarà difficile all'occhio sperimentato di riconoscere la spirocheta pallida, per le sue speciali caratteristiche: finezza della forma e movimento tipico, a pendolo intorno al centro, e di rotazione intorno all'asse longitudinale. Aggiungendo del salvarsan a un preparato in cui si osservano spirochete di vari tipi, si osserva che la spirocheta pallida conserva i propri movimenti più a lungo delle altre. In ogni caso vale come regola che, nel dubbio, è meglio non considerare la spirocheta come appartenente al tipo « pallido ».

Se la lesione è stata trattata per qualche tempo localmente coi consueti metodi (pioctanina, iodio, cloruro di zinco), la ricerca della spirocheta pallida può riuscire negativa. Da ciò deriva l'importanza della reazione di Wassermann, e, nei casi non ben diagnosticabili, il trattamento specifico di prova.

M. FABERI.

Le forme cliniche della peritonite sifilitica.

Benchè manchi la conferma batteriologica, F. Davigo (*Thèse de Paris e Presse médicale*, 29 agosto 1925), ritiene che, in base alle manifestazioni cliniche, alle lesioni anatomo-patologiche, alla reazione di Wassermann ed all'esito del trattamento, si possa concludere per la reale esistenza della peritonite sifilitica primitiva. Questa può dividersi secondo il decorso, in una forma acuta ed in una cronica.

La forma acuta è caratterizzata da un'ascite abbondante che, una volta punta, si rinnova rapidamente. Può esistere un tumore di aspetto sarcomatoso che scompare rapidamente col trattamento. L'evoluzione verso la cachessia è rapida se non si interviene.

Nella forma cronica, si ha la formazione di neomembrana e, secondo la sede, si notano: pericolecistite, pericolite, periappendicite, pelviperitonite.

Il trattamento antisifilitico non agisce che sulle lesioni recenti, quali la peritonite acuta a forma ascitica, lesioni gommose viscerali o peritoneali. Nelle forme croniche, sclerose si è spesso obbligati a ricorrere al trattamento chirurgico.

fil.

La sifilide delle ossa lunghe nella prima infanzia.

Una delle manifestazioni precoci della sifilide congenita consiste frequentemente in lesioni delle ossa lunghe. Pehu e Mad Enselme (*Journ. de medec. de Lyon*, dicembre 1924) classificano la sifilide ossea dei lattanti in 4 forme:

a) *Osteocondrite di Parrot*, con consecutivi scollamenti epofisari e fratture ossee, lesione che si avvera fin dai primi giorni dopo la nascita;

b) *Periostosi* o *iperostosi* o *osteofiti*, che colpiscono un solo osso, o parecchi insieme, e si manifestano in genere più tardi nel primo anno di vita;

c) *Gomme delle ossa*, molto rare;

d) *Stato osteomalacico*, consistente in uno sta-

to di fragilità e malleabilità speciale delle ossa, manifestantesi precocemente dopo la nascita, che rende possibili e frequenti le fratture spontanee.

Si tratta di lesioni provocate dalla spirocheta che colpisce rispettivamente la cartilagine di coniugazione, il periostio e il midollo osseo, durante la vita intrauterina.

Non sempre riesce facile svelare queste alterazioni nel lattante. Di prezioso aiuto è in questo caso la radiografia e le ricerche sierologiche.

M. CAJA.

La sifilide fetale.

È caratterizzata dallo scarso o nullo potere reattivo dell'organismo fetale, per cui le spirochete si moltiplicano enormemente. Riveste due forme, sempre mortali, l'una però più maligna per la quale i feti muoiono nell'utero prima di nascere; nell'altra, in cui il cuore del feto è capace di superare il trauma del travaglio e della circolazione polmonare, i feti vengono alla luce, ma muoiono poco tempo dopo la nascita.

Da osservazioni di G. Ekehorn (*Acta medica scandindva*, 1925, supplemento XII) risulta che la forma meno maligna si ha se i feti, quando ammalano sono più sviluppati e maturi. In tale forma le spirochete, sebbene molto abbondanti, non lo sono quanto nella forma maligna; in questa ultima manca del tutto qualsiasi forma di reazione, mentre nell'altra si ha una reazione infiammatoria con formazione di tessuto di reazione.

In tutti i casi, si ha una vera sepsi sifilitica e la morte, a differenza di quanto avviene nell'adulto, è dovuta all'intossicazione da spirochete. La causa prossima della morte, almeno in molti casi, sarebbe la paralisi del cuore.

fil.

A proposito di terapia antisifilitica.

Il dott. G. Milian (*Paris médical*, marzo 1926), dopo aver rilevato come in Francia non si noti affatto una diminuzione della sifilide, ne incolpa il disordine con cui si istituisce e si continua la cura antiluetica nei singoli casi. Ed infatti mentre prima tutta la terapia antisifilitica si riduceva alla somministrazione *per os* di pillole di mercurio e di joduro di K secondo uno schema, per così dire, fisso, ora più difficile riesce curare il sifilitico sopratutto per l'imbarazzo nella scelta dei rimedi specifici e del loro metodo di somministrazione.

Fra la quantità enorme di specialità farmaceutiche che esistono in commercio va data, secondo l'A., assoluta preferenza ai preparati *arsenoidi*, sopratutto a quelli che si somministrano per via endovenosa, meno a quelli per via endomuscolare (eparseno, sulfarsenol). In questo gruppo di preparati arsenicali l'A. ritiene di scarsissima efficacia terapeutica quelli che si somministrano *per os*, come lo stovarsol e il treparsol.

Certamente la via endovenosa è quella che rende più efficace l'attività del medicamento, e non dà all'ammalato i disturbi a volte notevoli, che si osservano spesso colle iniezioni endomuscolari. La somministrazione *per os* e per suppositori non può essere considerata che come coadiuvante ad una cura di iniezioni. Nei riguardi della dose a cui bisogna somministrare gli arsenobenzoli, l'A. è fautore delle dosi alte, considerando le piccole, quelle che producono più facilmente i noti accidenti da salvarsan.

E questo anche per i preparati mercuriali (l'A. consiglia il cianuro di Hg endovenoso alla dose di 1 ctg. ogni giorno per un mese e più) e bismutici.

L'A. conclude incitando i medici a considerare la sifilide come malattia grave, che deve essere curata intensamente, anche se la Wassermann dopo il trattamento risulti negativa.

M. CAJA.

Il trattamento continuato della sifilide in luogo di quello intermittente.

J. Almkvist (*Terapia contemporanea*, gennaio 1925) in base all'osservazione di otto anni ritiene di poter consigliare il trattamento continuato della sifilide invece di quello intermittente che si usa correntemente nella pratica.

Tale metodo viene così eseguito. Si incomincia con l'arsenobenzolo (un'iniezione ogni 5 giorni partendo da dosi di 0.30-0.45 ed aumentando fino a 0.90): in tutto 10 iniezioni per la durata di un mese e mezzo. Si fa seguire immediatamente un trattamento bismutico o mercuriale con un preparato di mercurio di rapido assorbimento (10 iniezioni dell'uno o dell'altro, una ogni tre giorni; durata totale un mese); tale trattamento può ripetersi e poi gli si fa seguire subito un altro con l'arsenobenzolo nel modo anzidetto e poi una nuova cura mercuriale o bismutica, eventualmente ripetuta a cui si può aggiungere una cura mercuriale con un preparato insolubile. Consecutivamente si darà lo ioduro di potassio a dosi di almeno 3 grammi al giorno per 1-2 mesi. I trattamenti arsenobenzolici e bismuto-mercuriali possono essere ripetuti.

La durata varia secondo la forma clinica e sarà stabilita in base alla reazione di Wassermann. La cura più breve si applica a quei casi in cui la W. non è mai stata positiva; in essi basta una cura di arsenobenzolo, una di bismuto ed una di mercurio, in tutto mesi 3 e 1/2. I casi

di sifilide recente con W. positiva di breve durata si curano per 6 mesi (2 cure di arsenobenzoli, 2 di bismuto e 2 di mercurio). Nella sifilide recente con W. positiva per 2 mesi si cura per 9 mesi (3 cure di arsenobenzoli, 3 di bismuto e 2 di mercurio). La lunghezza massima della cura continuata è di 14 mesi.

Il trattamento viene tollerato bene al pari della cura intermittente. L'ammalato va poi riveduto ad intervalli regolari (2 volte l'anno nel primo anno e poi una volta per 10 anni).

L'osservazione non va limitata alla sola reazione di Wassermann, ma deve comprendere l'esame di tutto il malato.

fil.

Sui medicamenti che si adoperano nella sifilide congenita della prima infanzia.

Péhu e André (*Journal de Médicine de Lyon*, 5 settembre 1920), dopo aver accennato allo sviluppo storico del trattamento della sifilide congenita della prima infanzia e alle idee che al riguardo si sono venute evolvendo, riferiscono che l'idea di Diday, essere cioè obbligo del medico curare presto e vigorosamente la sifilide ereditaria, è entrata da 50 anni nella pratica corrente.

I medicamenti dapprima usati furono il mercurio associato o non al joduro. Questo venne somministrato dapprima per bocca, in seguito per frizioni; più tardi ancora, per iniezioni sia sotto forma di sali solubili (sublimato, bijoduro, benzoato) che sotto forma di sali insolubili (calomelano).

La scoperta degli arseno-benzoli dovuta all'Erlich apre una nuova era per la cura della sifilide ereditaria.

Sperimentato dapprima il « 606 » venne abbandonato perchè dannoso e capace di causare la morte dei piccoli infermi. In seguito è entrato nella pratica corrente l'uso del « 914 » o neosalvarsan, preparato più solubile e meno tossico. Detto medicamento è stato adoperato per via sottocutanea, intramuscolare o intravenosa. Da scegliersi, perchè superiore di gran lunga, la via intravenosa.

Le iniezioni vengono praticate o nella vena giugulare esterna o nelle vene encefaliche epicraniche, oppure nel seno longitudinale.

Nel 1921 il Levaditi preconizzò negli adulti l'uso del bismuto. Ben presto detto medicamento venne anche adoperato nella terapia dei bambini con buoni risultati.

Dal complesso di questi studi, sebbene non vi siano che scarse statistiche che seguano i malati fino all'adolescenza, gli autori concludono che per l'azione vigorosa e rapida esplicata dai medicamenti antiluetici, per ordine di frequenza il primo posto tocca agli *arseno-benzoli*. Viene in seguito il bismuto. Ultimo, come rapidità d'azione, il mercurio; i preparati però di questo metallo conservano tuttora un primato per la stabilità e solidità di azione che essi esercitano.

Circa il modo di curare i bambini gli autori dopo aver ricordato quelli seguìti da Marfan, da Fordyce e Rosen danno uno schema proprio. Essi usano fare per il primo anno di vita una settimana sì ed una no frizioni da 1 e da 2 grammi di unguento napoletano. Quando questo metodo non è applicabile, allora ricorrono alle iniezioni di bijoduro o benzoato di Hg. alla dose di gr. 0.001-0.002 *pro die*.

Quando la malattia richiede un intervento più energico, allora gli AA. aggiungono la cura con neosalvarsan intramuscolare, sottocutaneo o intravenosa alla dose media di gr. 0.015 per kg. di peso. Se le iniezioni sono intramuscolari o sottocutanee, usano farne due alla settimana di grammi 0.05 ciascuna. Se intravenosa una ogni otto giorni da gr. 0.05 o da gr. 0.10. Preferiscono per praticare questa la giugulare esterna o le vene epicraniali.

Al secondo anno di vita la cura diviene meno attiva. Gli AA. usano fare una settimana di cura ogni due mesi. Al terzo anno una settimana ogni tre mesi. Nel quarto anno si regolano e dall'esame clinico e dalla reazione di Wassermann del sangue. Nel caso che questa risulti positiva, riprendono il trattamento energico del primo anno di vita.

P. RICCARDI.

Il farmaco Pollini nella cura della sifilide.

Se il mercurio, il bismuto e gli arsenobenzoli sono i rimedi correntemente ed efficacemente usati nella cura della sifilide, vi sono dei casi in cui l'applicazione ne è impossibile. L'età avanzata, le condizioni organiche non abbastanza resistenti, talvolta le condizioni sociali ne sconsigliano l'impiego. Non è infrequente poi trovare individui con spirochete resistenti a tali medicamenti, mentre non è difficile imbattersi in individui che, o per idiosincrasia o per concomitanti alterazioni viscerali, non permettono o rendono difficile l'uso degli accennati rimedi. Vi sono poi casi di sifilidi maligne o di sifilidi tardive che hanno colpito dei visceri essenziali, nelle quali si esige rapidità nell'intervento terapeutico ed un massimo di prudenza.

In tutti questi casi trova, come osserva A. Pasini (*Pensiero medico*, 20 dicembre 1925) le sue

indicazioni il farmaco Pollini. È questo un rimedio antichissimo che ha avuto la sua formula definitiva dal medico milanese Francesco Pollini verso la metà del secolo XVIII.

Di questo farmaco non è di pubblico dominio la formola chimica; si conosce soltanto che la sua base è la radice di salsapariglia, lungamente lavorata con speciali accorgimenti e che esula dalla sua lavorazione qualsiasi metallo o metalloide. Verisimilmente, all'esclusiva composizione con sostanze vegetali, si deve la sua grande tollerabilità e l'assenza di potere tossico.

Si presenta sotto forma di decotto, di polveri o di compresse. Le dosi giornaliere sono di mezza ad una bottiglia per il decotto, di tre a sei cucchiaini da caffè per le polveri o di 20-30 compresse; l'ingestione deve essere accompagnata da una tisana calda. Non è necessario durante la cura uno speciale regime dietetico, nè è assolutamente indispensabile, come si faceva un tempo, di prescrivere il riposo assoluto. La cura dura 20-30 giorni.

In questo farmaco, l'azione organotropa si sovrappone a quella parassitotropa. Un beneficio manifesto, paragonabile a quello che si ottiene col mercurio e col bismuto, ritraggono la lesione primaria e le consuete manifestazioni del periodo secondario; tale azione però è inferiore, come rapidità di esplicazione, a quella che si ottiene con gli arsenobenzoli, in quanto che il processo di treponemolisi si svolge piuttosto lentamente.

Le proprietà risolventi ed organotrope del farmaco Pollini risultano invece oltremodo manifeste nella sifilide tardiva, nelle manifestazioni del periodo terziario. Sifilodermi tuberosi, gomme non ancora fuse o giunte al periodo di rammollimento, di necrosi o di ulcerazione, entrano rapidamente in periodo di riassorbimento dell'infiltrato con distacco sollecito del tessuto necrosato, inizio e rapido progresso di riparazione cicatriziale. Particolarmente sensibile è il tessuto osseo, verso il quale tale farmaco ha un potere di gran lunga superiore a quello degli altri medicamenti usati, conducendo a vere ricostituzioni del tessuto distrutto. Benefica azione esso esercita sulle alterazioni specifiche viscerali, nella cura delle quali non sopravvengono mai reazioni di Herxheimer di qualche rilievo. Il rimedio inoltre è sempre perfettamente tollerato da organismi anche in stato di deperimento. Dietro la sua somministrazione, la reazione di Wassermann si trasforma costantemente da positiva in negativa.

L'A. ha studiato tale preparato durante 25 anni ed, a riprova di quanto sopra ha asserito, riporta delle storie cliniche che dimostrano la reale efficacia del rimedio, specialmente nelle forme gravi e tardive. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche sperimentali sull'angina pectoris.

Leriche pubblica nel n. 82 della *Presse Médicale* (del 14 ottobre 1925) delle ricerche sperimentali eseguite sull'uomo, veramente notevoli per la interpretazione patogenetica dell'angina.

1) In un uomo non sofferente da angina, durante un intervento sul simpatico cervicale con anestesia locale, si elettrizzano vari punti della catena simpatica.

L'elettrizzazione del ganglio stellato sinistro provoca un dolore intenso nella regione precordiale, e nei due o tre primi spazi intercostali. Esiste violenta angoscia, non dispnea. La novocainizzazione del ganglio arresta questi fenomeni.

In altri due malati l'elettrizzazione del polo superiore del ganglio provoca irradiazione dolorosa al braccio. La stimolazione del polo inferiore produce dolore alla regione precordiale. L'elettrizzazione dei rami comunicanti cervicali provoca dolore alla spalla e al braccio. Il pinzettamento produce lo stesso effetto, l'anestesia del ganglio abolisce il fenomeno.

2) In una donna sofferente di angina pectoris durante una simpaticectomia sorgono i fenomeni di una crisi di angor. Si infiltra il ganglio cervicale inferiore con novocaina e la crisi cessa all'istante; l'operazione può essere terminata senza incidenti. Si seziona il simpatico. La p. guarisce in dieci giorni e mentre da anni aveva più crisi ogni giorno, ha solo una crisi abortiva al mattino del terzo giorno, poi più nulla.

Concludendo: 1) è possibile produrre con l'eccitazione elettrica del primo ganglio toracico qualcosa di assai identico a una crisi di angina pectoris; 2) l'infiltrazione anestesica dell'ultimo ganglio cervicale arresta netta una crisi già iniziata.

Se dunque l'eccitazione che produce la crisi di angina nasce a livello della regione cardio-aortica, essa si riflette nella zona sopra indicata per provocare la nota sindrome.

L'A. si propone di ritornare fra breve sull'argomento. L. TONELLI.

La circolazione arteriosa del «ventriculo-necteur».

Col nome di « ventriculo-necteur » Gerandel ha proposto di designare l'insieme formato dal nodo atrio-ventricolare di Tawara, dal fascio di His e sue branche di biforcazione, e dalla rete di Purkinje. Nella *Presse médicale*, n. 103, 26 dicembre 1925, Gerandel espone la circolazione arteriosa di questo sistema: tutti gli AA. sono concordi nell'ammettere essa sia devoluta ad un'arteria speciale che l'A. denomina arteria del « ventri-

culo-necteur ». Essa non sarebbe altro che la più elevata delle arterie posteriori del setto. Le arterie septali si dicono anche perforanti e derivano in doppia serie, le anteriori dalla branca discendente interventricolare anteriore della coronaria sinistra, le posteriori dalla branca discendente interventricolare posteriore data per lo più dalla coronaria destra. L'arteria del « ventriculo-necteur » è anche detta « arteria septifibrosi ». Essa si originerebbe secondo Haas sempre dalla coronaria destra, secondo l'A. in casi rari anche dalla coronaria sinistra.

Essa in ogni caso non manca mai. È un'arteria di calibro apprezzabile facile a seguire nella dissezione. Appena nata passa sotto la parte terminale del seno coronario, si dirige in avanti nel setto interauricolare poi penetra nel setto interventricolare: attraversa il nodo di Tawara, e poi il fascio di His e poi si pone sotto di esso, raggiunge così il setto muscolare propriamente detto e vi si distribuisce più o meno lontano. Secondo Haas essa fornisce al nodo di Tawara, mentre lo attraversa, un ramo finemente suddiviso; poi all'estremità anteriore del fascio di His termina in fine ramificazioni nella parte iniziale delle sue branche di biforcazione. Ma questa o altre descrizioni di altri AA. non hanno che un valore di orientamento osservandosi in realtà enormi variazioni. Essa non irrora che il nodo di Tawara, il fascio di His e la parte iniziale delle sue biforcazioni. Invece la porzione terminale delle branche di His e la rete di Purkinje ricevono dei rami arteriosi di sorgente diversa. Esistono cioè dei rami arteriosi accessori del « ventriculo-necteur ». La questione dell'esistenza di anastomosi a livello di questi sistemi arteriosi è discussa ed attende la soluzione da ulteriori ricerche. L. TONELLI.

La contrattilità delle arterie umane in rapporto alle lesioni delle loro pareti.

Se dopo la morte, rapidamente si prende un segmento anulare di arteria e si seziona per il lungo, si ha così un pezzetto rettangolare di arteria che si può fissare con un uncino al fondo di un recipiente per uno dei suoi estremi, mentre l'altro si fissa a una leva scrivente. Nel recipiente ripieno di soluzione di Ringer ossigenata a 38-39° l'arteria conserva per vario tempo la sua contrattilità che si può studiare con stimoli elettrici, termici e chimici.

Grünber (*Virchow's Archiv.*, fascicolo 3, giugno 1925) usando questo metodo di Frey-Meyer vide che la contrattilità è molto alterata nell'endoarterite e nell'ateroma. L'irritabilità è in molte malattie infettive abolita del tutto prima che vi siano lesioni istologiche. L. TONELLI.

IGIENE.

L'importanza della scongelazione razionale delle carni congelate.

G. Pecori (*Annali d'Igiene*, gennaio 1926) osserva che una delle ragioni per cui l'uso delle carni congelate non è molto diffuso in Italia è dovuta al fatto che in parecchi casi tali carni si trovano dure o troppo rammollite, vischiose alla superficie, insipide o con sapore di grasso non gradevole.

In gran parte questi difetti sono dovuti alla scongelazione affrettata. In questa, di fatto, viene emessa dalle carni una quantità di liquido notevolmente superiore a quella che si elimina con la scongelazione lenta. Poichè questo liquido contiene, oltre la parte acquosa, sostanze utili all'alimentazione, le carni rapidamente scongelate riescono depauperate di elementi nutritivi. Tuttavia la perdita di albumina, come risulta dalle esperienze dell'A., è contenuta in limiti modesti (0.6%).

La composizione chimica delle carni scongelate a 16°-18° e di quelle scongelate a 4° non presenta differenze sensibili nè meritevoli di particolare rilievo.

Il consumatore e specialmente il piccolo acquirente di carni poste in vendita solo parzialmente scongelate subisce un danno economico in quanto che le carni al momento dell'uso avranno avuto un'ulteriore diminuzione di peso (per la perdita del liquido) che va fino al 10 % di quello d'acquisto. Tale danno economico è senza dubbio maggiore di quello alimentare causato dal depauperamento delle carni scongelate irrazionalmente.

Le carni scongelate lentamente a bassa temperatura, oltre che di gusto e di aspetto migliore, si dimostrano, in vitro, di più rapida digestione di quelle scongelate a temperatura ambiente ed economicamente offrono il grande vantaggio di non perdere, prima dell'uso, nè peso nè sostanze nutritive se non in misura trascurabile.

Per tutte queste ragioni, fondate in massima parte su esperienze istituite dall'A., si deve esigere che le carni congelate siano sempre sottoposte a scongelazione lenta. Nella stagione fredda, la scongelazione può farsi a temperatura ambiente non superiore a 8°-10°, purchè la carne sia tenuta in luogo bene aereato, a temperatura quasi costante e non venga posta in vendita prima di 3-4 giorni; in tali condizioni si potrà tollerare che la scongelazione sia fatta anche nelle botteghe comuni. A temperatura superiore, o con temperatura bassa di notte e piuttosto alta di giorno, le carni congelate debbono essere sottoposte a scongelamento in ambienti idonei, a bassa temperatura e con aereazione ad aria secca. Le comuni ghiacciaie sono da ritenersi inadatte a tale scopo ma,

anche con spesa relativamente lieve, ogni negoziante potrebbe dotare il suo esercizio di un frigorifero idoneo.

E sufficiente a tale scopo un locale ben scelto, fresco, molto aereato, esposto a tramontana, di capacità proporzionata alla quantità di carne da scongelare, a soffitto non troppo alto, con ventilatore, con porte di legno rivestite di materiale isolate e con alcuni recipienti contenenti calce viva per contribuire al disseccamento dell'aria; subito sotto al soffitto si dovrebbe trovare in tale locale, un cassone metallico a pareti sottili, ermeticamente chiuso e riempito di ghiaccio (8-10 quintali); da esso dovrebbe partire un tubo rivestito di materiale isolante, per lo scolo al di fuori dell'acqua di fusione.

Sino a che gli esercizi per la vendita delle carni congelate non siano provvisti di tale frigorifero non si dovrà concedere che le carni in arrivo siano portate direttamente dai carri ferroviarii agli spacci, ma esse dovranno rimanere nelle celle frigorifere a temperature sotto zero (da -6° a -8°) dalle quali non dovranno essere asportate giornalmente che nella quantità necessaria alle esigenze del negozio ed in relazione alla possibilità di scongelameto che il negozio presenta. *fil.*

VARIA.

Il mal di montagna.

Il mal di montagna, oltre ad essere incomodo e ad offuscare il piacere delle ascensioni, può talvolta essere causa di disgrazie, non già perchè esso sia direttamente capace di provocare la morte, ma perchè può dare, con le vertigini, il malessere, il sonno invincibile e causare talora la caduta mortale; e ciò tanto più spesso quando l'escursionista è solo o non è in cordata.

Esso non va confuso con il male delle altitudini che si presenta p. es., negli aviatori. È un male un po' capriccioso che può prendere a tutte le altezze a partire dai 1.200-1.500 m.; colpisce oggi le persone che risparmia domani, mentre vi sono escursionisti che non ne sono mai stati presi.

Fra le varie teorie proposte (ivi compresa quella di Mosso dell'acapnia, cioè dell'insufficienza dell'anidride carbonica nel sangue) J. Laumonier (*Gazette des hôpitaux*, 1925, n. 76) trova che nessuna fornisce una spiegazione adeguata. Entrano certamente in esso due fattori, quello psichico e quello della decompressione. Il primo è evidente quando si pensi che non raramente il mal di montagna prende talora alla discesa, mentre l'individuo non aveva risentito alcun malessere alla salita, e così pure prende più facilmente durante la traversata monotona di campi di neve, anzichè durante una difficile scalata in cui l'attenzione deve sempre essere vigile. Così pure si deve riconoscere l'importanza dell'altitidine.

Ma, secondo l'A., la causa vera del mal di montagna va piuttosto ricercata in una intossicazione che proviene dalla duplice fatica dei muscoli e del cuore.

Il lavoro eccessivo e continuo porta con sè l'accumulo dei detriti del funzionamento i quali sono tossici. Al lavoro necessario per l'ascensione si aggiunge la decompressione dell'aria che fornisce meno ossigeno; il cuore è quindi obbligato, per la doppia ragione del lavoro muscolare e dell'anossiemia, a moltiplicare sempre più la rapidità del suo ritmo. È questa la fase di tachicardia dolorosa, di polipnea, di dispnea che può andare fino all'angoscia. La forma tossica ed uremica e quella asfittica e cardiaca, con l'azione comune della depressione barometrica, si complicano, ma l'una può mostrarsi prima dell'altra a seconda delle disposizioni individuali

Si spiega così anche il perchè nelle scalate difficili il male appare raramente; in effetti l'ascensione è lenta, il sovraffaticamento cardiaco meno accusato e l'effetto della depressione barometrica meno sensibile. Per la stessa ragione ogni fatica preliminare predispone al mal di montagna: notti passate in ferrovia, indisposizioni qualsiasi, indigestioni, quando non si intercali fra l'arrivo sul posto e l'inizio dell'ascensione un periodo di riposo. È allora che si mostrano, se non fatalmente almeno in molti casi, la cefalea o l'emicrania oftalmica, l'inappetenza, l'oliguria, le nausee ed i vomiti, tutti segni evidenti di un'autointossicazione a tipo uremico. È per questo che agli azotemici, ai nefritici, ai cardiaci si devono proibire le grandi ascensioni. Si spiega così anche l'effetto di certe condizioni fisiche: un vento violento che ostacola la marcia, la salita nei canaloni incassati in cui l'aria è meno rinnovata.

Il mal di montagna è un'affezione, di per sè stessa, benigna e passeggera. Vi si porta facilmente rimedio col riposo che però non deve essere troppo prolungato; meglio ancora con la discesa che ha un'azione psichica e decompressionante. Si possono anche usarne utilmente le inalazioni o le iniezioni ipodermiche di ossigeno che, non soltanto riparanò all'anossiemia, ma che stimolano anche i muscoli ed il cuore ed aumentano le ossidazioni intraorganiche. D'altra parte i malesseri del mal di montagna non lasciano nessuna traccia e si possono evitare con un conveniente allenamento, con la lentezza calcolata della marcia e con l'uso durante essa di alimenti leggeri e toni-muscolari: caffè, tè, cioccolatta, zucchero, che non aggiungono alla fatica della scalata quella digestiva. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXIII. — Inefficacia delle disposizioni di regolamenti locali che stabiliscono organi speciali per la risoluzione di controversie.

La Corte di Cassazione del Regno, Sezioni Unite, con sentenza 9 gennaio 1926 ric. Bisogni, ha dichiarato inefficace e nulla la disposizione del regolamento di un pubblico istituto di istruzione, la quale stabiliva che ogni controversia tra la Commissione amministratrice dell'istituto e il personale sarebbe stata decisa dal Consiglio Provinciale scolastico. La Corte di Cassazione ha osservato che possono essere nominati arbitri i singoli componenti di un organo della pubblica amministrazione ma non può essere deferita al giudizio arbitrale di un organo dell'amministrazione la risoluzione di controversie. Nè ha rilevanza la considerazione che il regolamento contenente la clausola compromissoria sia stato approvato con decreto reale: soltanto una legge o eccezionalmente un decreto legge può istituire organi speciali di giurisdizione, ma non un decreto reale non avente valore di legge.

Segnaliamo questa sentenza perchè abbiamo letto talvolta in capitolati per il servizio di assistenza sanitaria disposizioni che deferiscono o ad arbitri o a speciali organi la risoluzione di vertenze tra la pubblica amministrazione e i propri impiegati. Queste disposizioni sono inefficaci e possono soltanto valere, se mai, come tentativo preliminare di conciliazione, ma non per costituire un giudicato che risolva la controversia. Vi è una considerazione decisiva: la legge stabilisce e regola la competenza per le controversie tra pubblica amministrazione ed impiegati con disposizioni che sono inderogabili e quindi le parti non possono nemmeno d'accordo stabilire una diversa competenza o costituire organi speciali di giurisdizione.

XXXIV. — Nei concorsi ad impieghi di enti locali devono essere preferiti, a parità di merito, i più anziani di età?

L'art. 3 del d. legge 24 settembre 1923, n. 2073, ha esteso alle assunzioni ai posti presso le amministrazioni provinciali, comunali, aziende municipalizzate ed istituzioni pubbliche di beneficenza, le preferenze e le precedenze rispettivamente stabilite dall'art. 9 del R. decreto 30 settembre 1922, n. 1290 e dell'art. 7, 3° comma, del Regio decreto 28 gennaio 1923, n. 153. Ciò è noto. Sono anche note le questioni inerenti all'applicabilità delle norme suddette ai concorsi per la nomina dei medici condotti. Ma di queste controversie ci siamo interessati già altre volte. Ora vogliamo segnalare un effetto importante, forse non ben considerato, dipendente dall'applicazione integrale dell'art. 9 del R. decreto 30 settembre 1922, n. 1290.

Come si è detto, l'art. 3 del R. decreto 24 settembre 1923, estende alle nomine deliberate dagli enti locali le preferenze e le precedenze stabilite dal citato articolo 9 e non fa alcuna eccezione. Ma l'art. 9 stabilisce, con ordine di graduatoria, vari titoli di preferenza — alcuni dei quali derivano da benemerenze militari dirette, (invalidità, ferite in combattimento, ecc.), altre da benemerenze indirette (orfani, vedove) — e, infine, prevede due titoli speciali che non hanno alcun rapporto col servizio militare: servizio lodevole, a qualunque titolo, per non meno di un anno, nell'amministrazione presso cui è indetto il concorso; *anzianità di età*. Questi due titoli di preferenza sono indicati precisamente alle lettere *g* ed *h*, sono cioè penultimo l'uno, ultimo l'altro nell'ordine della graduatoria. Posto che sia applicabile l'art. 9, si deve ritenere che a parità di merito e qualora non siano efficaci titoli prevalenti di preferenza (invalidità di guerra, ferite in combattimentò, ecc.), debbano essere preferiti coloro che abbiano prestato lodevole servizio per non meno di un anno, anche per incarico interinale nella stessa amministrazione che ha indetto il concorso e, in ipotesi subordinata, *i più anziani di età*. Sin ora non si è presentato alcun caso concreto, o almeno non ne risultano a noi, per la nostra esperienza professionale. Crediamo tuttavia opportuno segnalare questa interpetrazione che ci sembra fondata sul testo chiaro della legge. Ne deriva, come si è detto, che nei concorsi indetti da amministrazioni di enti locali devono essere preferiti, a parità di merito, i più anziani di età qualora, s'intende, non vi siano altri concorrenti che abbiano titoli prevalenti di preferenza.

XXXV. — Competenza per controversie di natura patrimoniale.

È sempre viva la controversia circa la competenza a giudicare delle contestazioni tra impiegati e amministrazioni pubbliche qualora si faccia questione di diritti patrimoniali. Continuiamo noi a dar notizia dell'andamento della giurispru-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

denza in questa materia, perchè si tratta di una questione che ha importanza pratica grandissima e che si presenta frequentemente.

Precisando lo stato della giurisprudenza spiegammo altra volta che la Corte d'Appello di Roma e la Corte di Cassazione del Regno avevano sino allora ritenuto essere ancora deferite alla competenza dell'autorità giudiziaria le controversie che non riflettano la legittimità o meno di un provvedimento amministrativo concernente il rapporto di impiego, ma vertano sulla interpetrazione e sulla estensione di norme legislative concernenti il diritto patrimoniale degli impiegati. Non perfettamente conforme a questa tesi è la giurisprudenza della IV Sezione del Consiglio di Stato, la quale, con decisione 4 agosto 1925, ha ritenuto che, relativamente al rapporto d'impiego, il Consiglio di Stato giudichi con piena ed esclusiva competenza sulla esistenza del rapporto e su tutti i diritti e i doveri che ne derivino, anche se il contenuto sia esclusivamente patrimoniale.

Già dicemmo essere nostra opinione che appartengano alla autorità giudiziaria tutte le controversie fra impiegati e pubbliche amministrazioni per le quali non si debba impugnare alcun atto amministrativo ma si faccia valere soltanto un diritto patrimoniale. Per maggiore chiarezza facemmo l'esempio della domanda di indennità caroviveri; se il capitolato attribuisce il diritto alla indennità e il Comune non la corrisponde e si controverte della interpetrazione della norma del capitolato, la contestazione appartiene, secondo il nostro parere, all'autorità giudiziaria; se, invece il Comune revoca la disposizione concernente la indennità caroviveri, il ricorso contro il provvedimento di revoca appartiene alla competenza della G. P. A.

Dobbiamo però avvertire che anche la giurisprudenza delle Sezioni Unite tende a qualche modificazione, che almeno per ora non si può considerare radicale e definitiva ma che è tuttavia necessario tener presente. Con sentenza 22 dicembre 1925, ric. Ministero Comunicazioni contro Bisogni, la Corte di Cassazione, S. U., ha detto che il testo unico, 26 giugno 1924, n. 1054, attribuendo al Consiglio di Stato giurisdizione esclusiva e piena e cioè anche in merito sui ricorsi relativi al rapporto di impiego da parte degli impiegati dello Stato (analoga è la questione per gli impiegati degli enti locali) ed attribuendogli inoltre la cognizione delle questioni riflettenti la lesione dei diritti subbiettivi consecutiva all'atto amministrativo, ha apportato una innovazione profonda alla giurisdizione amministrativa, poichè ha circoscritto la competenza a tal riguardo dell'autorità giudiziaria ordinaria alle sole conseguenze patrimoniali del giudizio di illegittimità dell'atto amministrativo. Nessun dubbio quindi, soggiunge il Collegio Supremo, che, a termini della cennata legge, sia competente il Consiglio di Stato a conoscere della istanza di un impiegato che miri ad ottenere il pagamento di indennità rifiutatogli dall'amministrazione da cui dipendeva, impugnando come lesivo del suo diritto il relativo provvedimento e ciò ancorchè nella specie si tratti di questioni di natura patrimoniale.

L'andamento della giurisprudenza, su questo punto, deve essere ancora sorvegliato, sino a quando non si giungerà ad una precisazione chiara, costantemente osservata. Non aggiungiamo altre indicazioni. Qui vogliamo soltanto segnalare la delicatezza dell'argomento specialmente per avvertire che, dovendosi agire per questioni di natura patrimoniale, il caso concreto deve essere esaminato accuratamente, tenendosi presente che una innovazione veramente profonda si è determinata agli effetti della competenza a giudicare delle controversie fra impiegati e pubbliche amministrazioni e che la giurisprudenza non ha ancora stabilito criteri certi e definitivi.

XXXVI. — Le Commissioni esaminatrici dei titoli devono stabilire esplicitamente i criteri generali di valutazione.

È ormai giurisprudenza costante che la Commissione giudicatrice deve stabilire, prima dell'esame dei titoli dei vari aspiranti, i criteri generali e fondamentali di valutazione dei titoli stessi, in modo che possa risultare dal giudizio delle Commissioni se fu rigorosamente osservato il rapporto fra la valutazione obbiettiva dei titoli e la votazione assegnata a ciascun candidato, e ciò anche allo scopo di rendere possibile il sindacato di legittimità. La omissione della determinazione dei criteri obbiettivi del giudizio costituisce assoluto difetto di motivazione delle deliberazioni della Commissione e, quindi, ragione di nullità dell'operato di esse.

Ne consegue che, se nel verbale della Commissione non si fa cenno alcuno dei criteri in base ai quali essa procedette alla valutazione dei titoli dei concorrenti, nè è comunque motivato il giudizio che condusse alla formazione della terna, è nullo l'operato della Commissione ed è illegittima la deliberazione consigliare di nomina fondata esclusivamente sul giudizio espresso dalla Commissione.

Segnaliamo questo parere, espresso dal Consiglio di Stato, Sezione interna (8 luglio 1925, Comune di Magliano in Toscana), sebbene si riferisca ad un concorso per la nomina all'ufficio di segretario comunale; il principio ha però efficacia estensiva per tutti i concorsi, non disciplinati da norme speciali.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per la pubblicità professionale.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici di Messina ha adottata la seguente deliberazione per frenare l'indecorosa pubblicità dei sanitari:

I sanitari iscritti nell'Albo dei medici chirurghi della Provincia di Messina, che abbiano, a nome proprio o come dirigenti di Istituti, avvisi di pubblicità sui giornali, sulle guide, nelle strade, in luoghi pubblici in genere o temporaneamente aperti al pubblico, su fogli volanti ecc., *ovunque* e *comunque*, sono invitati ad attenersi rigidamente alle norme sottosegnate:

1) È consentito di far conoscere al pubblico, attraverso gli avvisi di cui sopra: *a*) Il cognome e il nome del sanitario o la denominazione dell'Istituto; *b*) I titoli accademici (dottore, libero docente, professore straordinario, professore ordinario); *c*) Il carattere generico o specifico delle attitudini curative (medicina, chirurgia, o ramo speciale cui il sanitario o l'Istituto siasi dedicato *esclusivamente*); *d*) Ubicazione dell'Istituto o del gabinetto medico; *e*) Orario di visita ed eventualmente, numero del telefono.

2) È vietata ogni e qualsiasi altra indicazione (oltre le indispensabili, ora prescritte), salvo casi speciali in cui risultino necessarie maggiori indicazioni, per la pubblicazione delle quali il sanitario (per sè o per l'Istituto che dirige), richiederà, per iscritto, il parere di questo Consiglio di Amministrazione.

Ordina:

In osservanza di quanto sopra, ogni sanitario o direttore di Istituto, che abbia, in atto, annunzi di pubblicità, provvederà (*entro il termine massimo di trenta giorni dalla data del presente*), a modificare la dizione degli avvisi in quanto non risponda alle dette esigenze, o a ridurla di quanto ne ecceda.

A datare dal febbraio 1926, ogni sanitario o direttore di Istituto che desideri pubblicare annunzi professionali, sarà tenuto ad inviarne le bozze di stampa o il facsimile, in duplice esemplare, al Consiglio di Amministrazione, che darà il nulla osta per la pubblicazione o proporrà le eventuali modifiche.

I trasgressori della presente ordinanza saranno puniti disciplinarmente a norma dell'art. 36 del regolamento sopracitato.

Per il miglioramento della pensione ai medici condotti.

Il Sottosegretario di Stato per le Finanze, alle sollecitazioni fatte dalla Corporazione Nazionale Sanitaria per il miglioramento delle pensioni ai sanitari anziani, ha così risposto:

« In relazione ai voti dei medici condotti ed altri sanitari iscritti alla Cassa di Previdenza per le Pensioni, manifestati col memoriale del 20 gennaio u. s. dalla Corporazione Nazionale Sanitaria, la Cassa Depositi e Prestiti sta predisponendo un provvedimento per venire incontro, nei limiti della possibilità, ai desiderata degli iscritti.

Lo schema del provvedimento stesso, che sarà all'uopo predisposto, dovrà essere comunicato al Ministero dell'Interno per il suo parere ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

Anatolia di Narco (*Perugia*). — A tutto il 31 maggio. Vedi fasc. 19.

Apiro (*Macerata*). — 2ª cond.; a tutto il 15 giu.; L. 9000 oltre L. 2500 cav. od automezzo e c.-v.; 3 quadrienni dec.; età lim. 24-40 a.; docum. a 6 mesi dal 26 apr. Ab. 2000, pov. 200 c. Chiedere annunzio.

Ascea (*Salerno*). — A tutto il 31 mag.; 3 anni di pratica professionale; tassa L. 50; docum. a 6 mesi. Norme e condizioni del capitolato d'oneri.

Auditore (*Pesaro*). — Scad. 25 maggio; vedi fasc. 19.

Capodimele (*Caserta*). — Scad. 12 giu.; lire 12,000 con quadrienni decimo, oltre L. 2400 cav. e L. 500 uff. san.; 1º c.-v.

Ceprano (*Roma*). — Al 15 giu.; vedi fasc. 19.

Città di Castello (*Perugia*). — Per Fraccano; a tutto 31 mag.; vedi fasc. 19.

Civita Castellana (*Roma*). — Al 30 mag. due cond. comprimarie; vedi fasc. 16.

Como. *R. Prefettura*. — Ufficiale san. di Lecco. Ab. 30,000 c.; kmq. 35 c. L. 15,000 oltre L. 3000 incarico uff. sanitario scolastico e L. 3000 trasp.; c.-v. Divieto esercizio profess. libero. Scad. ore 18 del 31 mag. Età lim. 45 a. Tassa L. 50.20 alla Tesoreria Comun. di Lecco.

Desio (*Milano*). *Ospedale Civile*. — Primario medico; L. 12,000 e abitaz.; scad. ore 15 del 30 giu.; età mass. 45 a.; tassa L. 50 alla Congreg. di Carità; quadriennio di assistentato o aiutato in clinica med. od in osped. importante. Nom. triennale e conferme quinquennali fino a 65 anni. Letti 230.

Dosolo (*Mantova*). — Per Villastrada; vedi fasc. 17. Scad. 20 maggio.

Ficano (*Macerata*). — Scad. 25 mag.; L. 9000 oltre L. 600 uff. san., e L. 2500 cav.; età 24-40 a. al 25 apr. Tassa L. 50.10.

Galati Mamertino (*Messina*). — Scad. 31 mag. Vedi fasc. 19.

Gazzaniga (*Bergamo*). — Consor.; al 10 giu.; vedi fasc. 16.

IVREA. *Ospedale Civile.* — Medico primario; scad. 20 maggio. Vedi fasc. 17.

ISOLA VICENTINA (*Vicenza*). — Scad. 25 mag.; II Reparto; L. 9000 e 6 quadr. dec.; L. 800 trasp.; c.-v.; tassa L. 50.15.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Suzzara; L. 7800 e 3 quadrienni dec.; c.-v. in lire 1200; è consentito il libero eserc. profess. Alle ore 18 del 15 giu. Ab. 15518; ha. 6069. Docum. a 3 mesi. Chiedere annunzio.

MARCARIA (*Mantova*). — 1ª condotta; scad. ore 17 del 20 mag.; vedi fasc. 19.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Primario specialista neurologo; vedi fasc. 17. Scad. 30 giu.

MILANO. *R. Prefettura.* — Uffic. san. capo del Servizio d'Igiene del Comune di Milano; al 15 giu., ore 18; titoli ed esami; L. 32,000 e 6 quinquenni oltre supplem. serv. attivo in L. 3000 e c.-v. Età lim. 45 a. Documenti a 3 mesi dal 29 gen. Prove scritte, esercizi pratici e prove orali. Biennio di prova. Chiedere annunzio.

PALESTRINA (*Roma*). — 2ª zona; al 31 mag, ore 18; L. 8500 p. 1000 pov., addiz. L. 4 fino a 2000 pov., L. 5 oltre, 5 quadr. dec.; c.-v. in L. 1200; tassa L. 50.15. Chiedere annunzio.

PENNABILLI (*Pesaro-Urbino*). — L. 10,000 e addiz. L. 2 oltre 1000 pov.; L. 500 uff. san.; L. 3500 cavallo; serv. a Scavolino dietro compenso concordato; tassa L. 50.15. Scad. 31 mag.

PORDENONE (*Udine*). — 2° rep.; scad. 20 mag.; L. 10,768 complessive, oltre 3 c.-v. e 6 quadr.

ROMA. *Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità M. M.).* — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Scad. 2 ag. ore 10. Vedi fasc. 19.

SERRAVALLE DEL CHIENTI (*Macerata*). — A tutto 20 mag., per Acquapagana; L. 8000 e quadr. dec. fino a metà dello stip. base; doppio c.-v.; cavalc. L. 2500; età lim. 35 a.; tassa L. 50.10; accettaz. entro 5 gg.

SORANO (*Grosseto*). — 5ª condotta (S. Martino-Carabbio); L. 10,500 e c.-v. in L. 800 se amm., L. 300 se celibe; L. 1000 trasp. Scad. 31 mag.

SPERLINGA (*Catania*). — Scad. 30 giu.; L. 10,000 oltre L. 500 uff. san. Tassa L. 50. Chiarim. dalla segreteria com.

TERRACINA (*Roma*). — Ab. 14,500 circa; Osped. Civico. Scad. 30 maggio. Richiedesi esercizio in grande Ospedale o in Clin. med. Tassa L. 50. Docum. a 3 mesi dal 15 apr. Stip. L. 8500 per 1000 pov., addiz. L. 4 fino a 2000 e L. 5 oltre; c.-v.; tariffa da abbienti e semi-.

VALENTANO (*Roma*). — Scad. 20 mag.; L. 9500 per 1000 pov., addiz. L. 4 e 5 oltre 1000 e 2000 fino a 3000; L. 400 uff. san.; L. 500 carcere; L. 1200 c.-v. e L. 300 ogni persona a carico; tassa L. 50.

VILLALFONSINA (*Chieti*). — Scad. 25 mag.; lire 9000, p. uff. san. L. 500; tassa L. 50.15; età lim. 40 a.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Felice Mantovani.

È aperto il concorso nazionale ai quattro premi della Fondazione Felice Mantovani destinati alle quattro migliori monografie originali pubblicate nell'anno 1926 nel campo della fisiologia e della patologia della alimentazione del lattante. I premi sono: due primi di L. 2500, due secondi di L. 1500. Le domande, accompagnate da tre copie delle monografie, vanno dirette alla Presidenza della Società Italiana di Pediatria, Clinica Pediatrica, S. Andrea delle Dame 21 - Napoli (57) non più tardi del 31 dicembre 1926.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Ambrogio Bertarelli, che per molti anni fu primario dermosifilografo dell'Ospedale Maggiore di Milano, membro di numerose commissioni per i regolamenti di profilassi celtica e rappresentò più volte degnamente l'Italia nelle conferenze internazionali contro le malattie veneree in Bruxelles etc., è stato recentemente nominato membro onorario della Sezione Dermatologica della R. Società di Medicina Inglese.

Il prof. G. Viale dell'Università di Sassari è stato chiamato a coprire la cattedra di fisiologia nell'Università di Rosario (Argentina).

Il prof. C. Juillard è stato chiamato all'insegnamento della traumatologia, recentemente istituito presso l'Università di Ginevra.

L'Accademia Medico-Fisica di Firenze ha nominato membro corrispondente il prof. G. Aráoz Alfaro di Buenos Aires.

La Società Dermatologica Italiana ha nominato membri onorari i proff. Buschke di Berlino e E. Hoffmann di Bonn.

Hanno conseguito la libera docenza i dottori: Micheli Ignazio in clinica oculistica; Ricci Sebastiano in patologia chirurgica.

Il premio di L. 500, assegnato dal Comitato Centrale della C. R. I. al migliore dei medici iscritti al corso di perfezionamento delle malattie professionali indetto dalla R. Università di Napoli, è stato vinto dal dott. Martillotti Ferdinando, ufficiale medico della C. R. I.

Il Senato Accademico dell'Università di Torino ha conferito una medaglia d'argento della Fondazione Pagliari al dott. cav. Vittorio Colosimo, ufficiale sanitario di Catanzaro.

Su proposta di S. E. il Presidente del Consiglio dei Ministri il dott. Graneta Francesco di Roma è nominato cavaliere della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale di Neurologia.

La VII Riunione Neurologica internazionale annua, organizzata dalla Società di Neurologia di Parigi, si terrà l'1 e il 2 giugno alla Salpêtrière (Boulevard de l'Hôpital 47). Essa farà seguito al Congresso di medicina legale ed alla riunione annua della Società medico-psicologica, che avranno luogo a Parigi rispettivamente il 27-29 maggio e il 30 maggio. Tema di discussione: «I mezzi attuali d'esplorazione del sistema simpatico in clinica e loro valore»; relatori: André Thomas (Parigi) e Soderbergh (Göteborg). Le comunicazioni possono concernere soltanto il tema in discussione.

Indirizzare le adesioni ed i titoli delle comunicazioni al segretario generale: dott. O. Crouzon, Librairie Masson & Cie, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris - 6e.

Congresso internazionale per il pronto soccorso.

In settembre si adunerà ad Amsterdam il terzo Congresso internazionale per il salvataggio e il pronto soccorso. Sarà diviso in varie sezioni. Tra gli argomenti di maggiore interesse sono: gli accidenti da traffico, il pronto soccorso nelle industrie, le stazioni di salvataggio sulle coste.

Congresso internazionale di Sessuologia.

La Società Internazionale di Sessuologia organizza il suo primo Congresso che avrà luogo a Berlino dall'11 al 15 ottobre. Vi prenderanno parte eminenti studiosi. La vita sessuale verrà discussa nei differenti campi scientifici, in rapporto alla società, vita economica, igiene, medicina generale, biologia, questioni giuridiche (per esempio criminalità della donna come essere sessuale), sviluppo della gioventù in rapporto alla politica della popolazione, alla riduzione della natalità, all'eugenica pedagogica e psicologica, alla psicoanalisi ecc. I problemi principali verranno trattati da relatori; la discussione libera è ammessa per tutte le questioni.

Tutte le richieste riguardanti la Società e il Congresso sono da indirizzare come segue: dott. Moll, Berlin W., Kurfürstendamm 45; oppure: dott. Stutzin, Berlin W., Kurfürstendamm 44.

La Società Tedesca di Naturalisti e medici.

Terrà la sua 89ª adunanza a Düsseldorf dal 19 al 26 settembre. Tra i temi generali in discussione sono: Lo stato della chemoterapia (Nocht); I veleni di consumo abituale (Straub); Terapia e scienze naturali (Sauerbruch); Difesa contro i danni degli animali (Escherich); Le esigenze morfologiche (Erush). Nella Sezione medica saranno discussi i temi: ricerche sulle vitamine; fisiologia e patologia dei capillari; profilassi del gozzo; i nuovi medicinali sintetici contro la malaria. Per informazioni rivolgersi alla sede sociale, Düsseldorf, Oststr. 15.

Problemi igienico-sanitari alla Camera.

Discutendosi il bilancio dell'Interno alla Camera dei Deputati, l'on. Gabbi ha invocato la difesa contro le due più diffuse malattie sociali: l'alcoolismo e la lue celtica; l'istituzione di una tessera gentilizia e della visita pre-matrimoniale; una intensificazione della propaganda anti-malthusiana. L'on. Maffi ha esaltato la politica sanitaria della Russia soviettista.

Nel suo discorso il ministro on. Federzoni proclamò che il Governo fascista considera come caposaldo del suo programma la lotta per la difesa della sanità morale e fisica delle giovani generazioni, che si sostanzia nella difesa rigida dell'istituto della famiglia.

Così il Governo fascista è deciso a vietare tutta quella propaganda pseudo-scientifica che tenta di diffondere il neomalthusianesimo, che non farebbe che deprimere la magnifica integrità della nostra razza e inaridire le fonti della prosperità delle famiglie italiane. È stata all'uopo nominata una Commissione.

Per la lotta contro la tubercolosi.

Nella prossima ricorrenza dello Statuto, come fu a suo tempo comunicato, verrà celebrata, anche quest'anno, la giornata di propaganda antitubercolare. Il particolare e fervido interessamento dimostrato per tale celebrazione dall'on. ministro dell'interno, con opportune e ripetute circolari, dà particolare importanza alla benefica iniziativa. A Roma, per cura del Comitato Romano contro la Tubercolosi, sono stati costituiti un Comitato d'onore e uno esecutivo che hanno tenuto un'adunanza presieduta dal prof. V. Ascoli, presidente del Comitato, assistito dal segretario generale dott. comm. U. Mariotti; vennero discusse le linee generali da eseguire nell'attuazione della Festa del Fiore, ed esaminati i mezzi più opportuni per ottenere un'efficace opera di propaganda.

Corso clinico-profilattico sulla tubercolosi.

Fra il 17 e il 29 maggio corr. per iniziativa della «Crociata contro la tubercolosi» e sotto gli auspici della Clinica Medica Generale universitaria, si terrà in Torino un corso, per medici e laureandi in medicina, avente lo scopo di render loro noti i recenti ed accertati progressi della scienza e della pratica per la profilassi e la cura della tubercolosi.

Vi parteciperanno i proff. Micheli, Ceconi, Allaria, Vicarelli, Uffreduzzi, Vanzetti, Gavello, Cappelli, Battistini, Borelli, Gamna, Bertolotti, Abba, Bormans.

Per le inscrizioni e per informazioni rivolgersi alla «Crociata contro la tubercolosi», via Corte d'Appello 1, Torino.

Commissione di propaganda per la Croce Rossa.

Si è costituita, in seno al Comitato centrale della Croce Rossa Italiana, una Commissione di propaganda con il còmpito di ravvivare nel Paese

l'alto spirito della Croce Rossa Italiana e la lodevole, proficua, generosa opera che essa compie in tempo di pace nella lotta contro le peggiori malattie sociali, nell'assistenza all'infanzia, al lavoro, nelle calamità, dovunque si soffre, si lotta, si muore, con lo scopo di attrarre un crescente numero di soci.

L'on. Mussolini ha espresso il suo vivo compiacimento per tale iniziativa.

Istituto di coltura e di terapia psichica.

È stato promosso in Roma da un comitato di alte personalità; ha lo scopo d'insegnare e diffondere i metodi psicologici di autodominio e di cura psichica; svolgerà la sua azione con conferenze, lezioni, applicazioni curative, pubblicazioni, biblioteca circolante ecc. Ha sede in via Marsala 96-B; è diretto dal dott. Roberto Assagioli.

La inaugurazione ebbe luogo il 4 corrente, nella sala della Biblioteca femminile in piazza Nicosia 35, con una conferenza del dott. Assagioli sul tema: « Come si educa la volontà ».

Consultorio medico-pedagogico per minorenni antisociali.

Il 3 corr. si è aperto in Roma, con sede provvisoria presso l'Istituto di Psicologia Sperimentale in via dell'Università 11-A, un consultorio medico-pedagogico per minorenni antisociali, diretto dai proff. dott. Di Tullio, Pisani, De Santis, sotto la consulenza e presidenza dei proff. Ottolenghi e De Sanctis.

Scopo del consultorio è quello di sottoporre ad un esame clinico-antropo-psicologico i minorenni liberati dalle carceri o segnalati dall'autorità di P. S., dalle famiglie od Istituti, come discoli o violenti incorreggibili, o comunque affetti da anomalie del contegno o della condotta di natura spiccatamente antisociale, per mettere in rilievo o combattere le cause individuali ed ambientali delle singole attitudini delinquenziali, segnalando di ciascuno la capacità lavorativa, la correggibilità e la pericolosità specialmente alle famiglie ed ai Comitati di assistenza sociale la cui azione è già rivolta alla rieducazione fisica e morale dei minorenni stessi. L'opera di assistenza verrà praticata da apposito Comitato di elette dame.

Corso di fonetica.

Verrà istituito in Roma, sul tipo di una scuola media, per l'educazione e la valorizzazione della voce parlata e cantata nelle scuole del Governatorato; avrà sede presso il Gabinetto scientifico delle scuole elementari; avrà la durata di un biennio; l'insegnamento verrà diretto dal prof. Tommaso Mancioli, docente di oto-rino-laringoiatria.

Nella stampa sanitaria.

È uscito il primo numero del periodico mensile « Il Dermosifilografo », diretto dai proff. Bizzozero, Cappelli, Mariani direttori rispettivamente delle Cliniche dermosifilopatiche di Perugia, Torino e Bari.

Il nuovo periodico che si pubblica a Torino (Amministrazione e redazione: via Superga 15) si presenta al pubblico dei lettori con notevoli articoli del prof. Cappelli, del dott. Artan, del dott. Ferrari, del dott. Scaglione, del dott. Meineri e con abbondante corredo di recensioni, notizie etc.

Al nuovo confratello auguriamo prospera e lunga vita.

Elargizioni.

La Fondazione Carnegie ha assegnato L. 6000 al Comitato Romano per la Lotta contro la Tubercolosi.

I comm. Galles e Bartolini, gestori del teatro Adriano di Roma, hanno consegnato al governatore sen. Cremonesi L. 10,231 a pro dell'Ospizio Marino di Ostia e L. 500 a favore dell'Opera Nazionale per gli Orfani di guerra.

Tale somma costituisce il 2 % degli utili, detratti i diritti erariali, che il direttore del Circo Equestre, sig. Giulio Gleich, con generosa adesione alla proposta fattagli in nome del Governatore dai gestori del predetto teatro volle riserbare alla benefica istituzione durante le rappresentazioni che diedero nello scorso anno in Roma.

Altre più modeste elargizioni sono state fatte pro Ospizio Marino di Ostia.

Commemorazione di Giovanni Perna.

Nell'aula dell'Istituto Anatomico di Messina ha avuto luogo una solenne commemorazione del compianto prof. Giovani Perna; la commovente cerimonia ha rivestito un carattere austero e solenne. Era presente il Corpo accademico col Magnifico rettore prof. Rizzo, moltissimi medici colà convenuti per l'VIII Congresso medico calabro-siculo, gli universitari della Facoltà di medicina, il prefetto della Provincia e il commissario al Comune. Erano pure presenti le persone della famiglia. Oratore ufficiale della cerimonia fu il prof. Castaldi, direttore dell'Istituto.

Nella sala incisoria, dopo un alato discorso del Rettore magnifico prof. Rizzo e brevi parole di uno studente, fu scoperta una lapide marmorea.

Ingrandimenti di Università americane.

Sono stati stanziati 10 milioni di dollari, pari a 250 milioni di lire it., per l'ingrandimento dell'Università Emory ad Atlanta nella Georgia (Stati Uniti); di essi circa la metà sono stati destinati alla Scuola di medicina e così distribuiti: 2 milioni di dollari per gli attuali istituti della scuola, altrettanti per l'Ospedale Wesley Memorial, annesso alla scuola, 225,000 per l'edifizio amministrativo e per un laboratorio diagnostico, 200,000 per una « casa delle infermiere », 75,000 per completare il gabinetto di chimica.

*
* *

In occasione del cinquantenario della Johns Hopkins University di Baltimora uno speciale Comitato lanciava un appello per la raccolta di 1,500,000 dollari, pari a circa 40 milioni di lire it. destinati a dare incremento all'Università. La somma venne rapidamente raggiunta; il presidente del Consiglio d'amministrazione vi ha concorso con 100,000 dollari.

Nuova scuola medica nell'India britannica.

Con solenne cerimonia è stata inaugurata a Bombay dal governatore dell'India il « Seth Gordhandes Sunderdas Medical College » con annesso il « King Edward VII Memorial Hospital ». La scuola medica potrà accogliere 300 studenti e l'ospedale è destinato a 300 pazienti ma è suscettibile di riceverne 400 senza sovraffollamento. Le due istituzioni sono venute a costare circa 75 milioni di lire it.; vi hanno concorso il Governo dell'India, il Municipio di Bombay e parecchi privati.

Per la casa dei medici negli Stati Uniti.

La « Metropolitan Opera Company » di New York ha dato l'11 aprile una serata musicale alla « Metropolitan Opera House » per concorrere alla raccolta del fondo di 125 mila dollari (circa 4 milioni di lire it.) destinati all'acquisto del « maniero Downsbury » a Ridgefield, nel Connecticut, di cui s'intende fare una casa di ricovero per medici anziani e invalidati; la rappresentazione è stata preceduta da brevi discorsi di alte personalità del mondo medico e politico, tra cui W. C. Philips, presidente dell'Associazione Medica Americana, l'on. Evans Hughes, ecc.

Per le ricerche scientifiche negli Stati Uniti

L'Accademia Nazionale delle Scienze di New York ha lanciato, il 6 gennaio scorso, un appello perchè gli uomini politici cooperino con gli scienziati per la raccolta di fondi destinati a promuovere la ricerca scientifica pura. L'appello rileva che, mentre gli Stati Uniti sono oggi alla testa di tutte le Nazioni nel campo industriale, restano ancora molto indietro all'Europa nel campo scientifico ed esprime il *desideratum* di provvedere. Si fa assegnamento su di un concorso di almeno 2 milioni di dollari (50 milioni di lire it.) ogni anno. È stato costituito un Comitato, presieduto da Albert A. Michelson e di cui fanno parte, per i medici, Simon Flexner, William H. Welch e altri.

Anche la Smithsonian Institution si è proposta uno scopo analogo; ma non vi è conflitto tra le due iniziative. (Dagli « Annali d'Igiene »).

Settimana igienica in Germania.

La Federazione Nazionale delle Città (Reichstädtebund) della Germania ha deciso l'istituzione di una « settimana d'igiene ». La prima manifestazione del genere avrà luogo nella primavera del 1926; ha lo scopo di destare un grande movimento per far penetrare negli spiriti l'importanza di una stretta osservanza delle regole dell'igiene pubblica e privata; estendere le conoscenze generali relative; conferire a ciascuno il senso della responsabilità personale in materia d'igiene; fare appello al concorso dei poteri pubblici. Le direttive generali della manifestazione saranno date dalla « Commissione imperiale per l'insegnamento popolare dell'igiene »; l'organizzazione locale è affidata alle autorità sanitarie, con un largo concorso di sindacati, associazioni e aggruppamenti professionali nonchè della stampa. In ogni Stato una Commissione di vigilanza completerà e disciplinerà il lavoro. Il programma generale è dei più variati e attraenti; comprende cinematografie e conferenze radiotelefoniche, visite a stabilimenti igienico-sanitari, esposizioni, rappresentazioni teatrali, distribuzione di opuscoli ecc. (Dagli « Annali d'Igiene »).

Guarigioni spontanee del cancro.

Il dott. O. Strauss di Berlino si rivolge a tutti i medici, perchè vogliano fornirgli i dati a loro conoscenza sulle guarigioni spontanee dei tumori maligni, sui fattori che possono avere agito nella guarigione e sulle possibili cause di errore. L'inchiesta è fatta sotto gli auspicî della « Società Tedesca contro il Cancro ». Indirizzo: Kesselstrasse 19, Berlin N. 4, Germania.

Una nuova cura della tubercolosi?

Si è costituita in Inghilterra una Fondazione, per raccogliere la somma di cento mila sterline, pari a 10 milioni di lire it., onde acquistare i diritti di proprietà della nuova cura della tubercolosi ideata da Spahlinger. A una conferenza tenuta in Manchester, il rappresentante della ditta Brunner, Mond & Co. disse che 40 mila sterline saranno necessarie per erigere e far funzionare uno stabilimento di produzione a Ginevra.

Lo Spahlinger non è un medico, ma un legale; egli ha però lavorato nell'Istituto Pasteur di Parigi; da quache anno prepara un siero antitubercolare di sua composizione, in un'azienda agricola di Carange, sobborgo di Ginevra. Tempo addietro egli convinse il Governo inglese a interessarsi del suo prodotto; fu inviata una Commissione sul posto, ma non fu possibile di nulla assodare. Lo Spahlinger si è sempre sottratto a un controllo rigoroso sull'efficacia del suo rimedio. Questo è stato però provato su 20 pazienti dell'« Ospedale Brompton per malattie del petto » di Londra, con risultati negativi.

Insegnamento medico mediante la radiotelefonia.

Di recente sono stati inaugurati a Berlino i corsi medici post-universitari per mezzo della radiotelefonia, organizzati dal dott. Hamel; furono radiotelefonate due conferenze, una del prof. Körk sull'ileo, l'altra del prof. Adam sulle ultime sco-

perte mediche. Le conferenze continuano ad aver luogo il secondo e il quarto venerdì di ogni mese dalle ore 7.30 alle 8.15; lunghezza d'onda 1300 metri.

Cinematografie di medici.

I soci della « Riverside Practitioner's Society » di New York hanno deciso di raccogliere le cinematografie di ciascuno di essi. Questo lavoro viene eseguito sotto la direzione dei dottori O. S. Wightman e T. W. Kilmer.

Ospedali di Londra senza luce.

Durante lo sciopero generale inglese alcuni ospedali di Londra sono venuti a mancare di luce e di riscaldamento, perchè gli scioperanti hanno abbandonato la centrale elettrica dell'est di Londra, contravvenendo così agli impegni assunti da Thomas, di assicurare il rifornimento del latte e del calore agli ospedali.

Ai nostri Collaboratori.

Grande è il numero di memorie che perviene per la "Sezione pratica". Sebbene la redazione proceda ad una cernita severa, è sopraccarica di scritti da pubblicare.

Siamo lieti che la medicina nostrana produca mèsse così doviziosa, e siamo lusingati della preferenza che a noi viene accordata. A parte il displacere di dare non di raro risposte negative questa ressa pertanto ci espone al duplice rischio e di appesantire troppo il giornale con lavori specialmente di casistica clinica e di ritardare spesso a pubblicare memorie interessanti. Ci muoviamo tra questi due ordini di difficoltà, senza riescire sempre a superarle.

Volgiamo perciò la preghiera più calda e più viva agli amici che seguono con simpatia i nostri sforzi e a tutti i nostri bravi collaboratori di restringere al puro necessario il loro scritto, esponendo quanto è peculiare e nuovo, tralasciando le notizie storiche, le discussioni ipotetiche, le ripetizioni di cose ormai passate nel dottrinale dei trattati. Così facendo, gli autori produrrebbero un numero maggiore di lavori; troverebbero più numerosi e più attenti lettori; contribuirebbero alla razionale distribuzione del tempo proprio e altrui, e infine renderebbero meno difficile il còmpito della redazione. In compenso avrebbero pù svelto, più vario e più interessante il nostro, il loro, "Policlinico".

Desideriamo che di qui in avanti i lavori che ci si inviano non superino le 6-8 colonne di stampa, e assicuriamo tutti i nostri collaboratori che tanto più volentieri e tanto più presto pubblicheremo i loro lavori quanto più strettamente vorranno attenersi alle norme suindicate, alle quali ci ha indotto una lunga, coscienziosa e spinosa esperienza.

Analoga preghiera ci permettiamo rivolgere agli autori di memorie per le Sezioni medica e chirurgica, che anch'esse soffrono la tortura della pletora.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Medicina italiana, ag. — TACCONE. La sifilide ereditaria nell'infanzia.

Rinascenza medica, 15 ott. — GELONESI. Morfologia del bacillo pestoso. — FELUGO. L'acetato di tallio nella cura delle tricofizie.

Rev. ibero-am. de ciencias medicas, sett. — PLANAS. Chirurgia del seno sfenoidale e dell'ipofisi.

Annaes Paulistas de med. e C., luglio. — DE REZENDE. Tumore amiloide delle narici.

Ann. odontologia, ott. — SAMPAGNARO. Relaz. patol. fra occhio e focolai settici para-radicolari.

Sperimentale, 1925, fasc. V. — FAVILLI. La reaz. di Van den Bergh. — LOTTI e MANAI. Ricerche sul favismo. — LUSTIG. Patologia generale da gas di combattimento.

Journ. de chirurgie, sett. — LAQUIÈRE. Cisti sierose del rene e operazioni conservatrici.

Arch. méd. belges, febbr. — DUMONT. La sedimentazione delle emazie per la selezione delle reclute.

Presse méd., n. 79. — MARFAN. Il sudore e le eruzioni sudorali nel lattante. — WERTHEIMER. Le possibilità chirurgiche nel morbo di Parkinson. — PERKEL. Gli accidenti secondari della punt. lomb.

Presse méd., n. 80. — FAURE. Il drenaggio nell'appendicite a caldo. — URBINA. Il trattamento chemioterapico della tbc. e della lebbra. — MARALT e WEILLER. Le lavature della pleura nelle pleuriti purulente del pneumotorace artificiale.

Presse méd., n. 81. — SPILLMANN e DE LAVERGNE. L'anafilassi al vino bianco. — DESGOUTTES. Il sintomo minimo nell'appendicite acuta.

Stomatologia, ott. — GAINI. La forma e lo sviluppo del palato umano. — VAINICHER. Sulla cuticola dello smalto.

Cultura med. moderna, 15 ott. — CASTORINA. L'amebiasi nell'infanzia. — PIZZAGALLI. Legatura della mesenterica inf. per il trattam. chir. del carcinoma rettale.

The Lancet, 19 ott. — BELL e WILLIAMS. Effetti tossici del piombo. — WALTON. L'ulcera gastro-duodenale. — HUDSON. I raggi molli nella radiografia polmonare.

British med. J., 10 ott. — WARING. L'osteopatia, la chiropratia e la medicina. — ASHBY. Disturbi intestinali nell'infanzia.

British med. J., 17 ott. — CLARE. Natura dello stroma delle emazie. — ROTH. L'encefalite epidemica.

Surg., Gynec. a. Obst., ott. — GORDON. I teratomi ovarici e retroperitoneali. — HINTON. La pancreatite cronica. — PFHLER. La radioterapia nella carcinosi profonda. — BUNTON. Il sarcoma uterino. — SISH. L'osteite fibrosa cistica.

Zblatt. f. innere Med., 17 ott. — HAHN. Terapia combinata silicio-creosoto nella mel. polm.

Zblatt. f. Chir., 17 ott. — LIEK. Trattamento dei disturbi intestinali nella laparotomia. — HILAROWICZ. La tecnica dell'anestesia del plesso brachiale.

Münch. med. Woch., 16 ott. — MAYER. Le operazioni per la sterilità. — BRONDSBURG. Modificazioni del miocardio dopo la simpatectomia. — HAUSTEIN. La lotta antivenerea nella Russia dei soviet.

Deut. med. Woch., 16 ott. — KLEIST. Paralisi agitante e cervello medio. — ALIVISATES. Tentativi terap. nella dissenteria. — SCHÜBEL. Sull'arte del ricettare.

Studium, 20 ott. — CARDARELLI. La sclerodermia. — BIFULCO. Paratifo A apiretico.

Minerva medica, 20 ott. — FONTANA. L'eziologia dell'herpes genitalis. — GOGLIA. Indice emotonico e pressione arteriosa nella tbc. polmonare.

Folia medica, 15 ott. — ANGELUCCI. Az. biologica del siero di adenoidei tracomatosi.

Riforma medica, 5 ott. — PAOLUCCI. La mineralizzazione del sangue dei cancerosi.

Boston med. a. Surg. Journ., 8 ott. — BLAKE e TRASK. Il trattam. della scarlattina con l'antitossina.

Journ. Am. Med. Ass., 3 ott. — HIGGINS. Ipotiroidismo incipiente. — NYMAN e KESSEL. Il gozzo esoft. ed il sist. nerv. involontario. — GERBER. La röntgenterapia dell'asma e della bronchite cronica.

Revue neurologique, ott. — MONIZ. La pachimeningite ipertrofica e le cavità midollari. — PERCIRA. Il clono del piede.

Bull. Acad. de Méd., 6 ott. — BAUDAMIN. Una nuova malattia nei lavoratori del cemento armato.

Clin. Pediatr., sett. — BERGAMINI. Farmacodinamia sottoepidermica nell'infanzia. — FOIS. Influenza delle ghiandole endocrine sulla resistenza globulare.

Pediatria, 15 ott. — MAGGIORE. Tipi costituzionali nell'infanzia. — CANELLI. Le psoriasi nell'infanzia.

Pathologica, 1 ott. — GHETTI. Il Gongylonema neoplasticum nello stomaco umano. — FIORI. Emocoltura nelle infezioni chirurgiche generalizzate.

Le Scalpel, 3 ott. — DE SMETH. Tub. renale.

Le Scalpel, 10 ott. — LEMOINE. La pielite nell'infanzia.

Le Scalpel, 17 ott. — MARTIN. Trattamento delle fratture delle ossa lunghe nell'arto inf. — DE SMETH. Neoplasmi renali e metastasi ossea.

Soc méd. d. Hôpitaux, 9 ott. — CAUSSADE, SUNNONT e LACAPÈRE. Encondroma del bronco destro.

Journ. praticiens, 17 ott. — RIEU. Radiografia e fissaz. del complemento nella diagnosi di tub. — SORDINUS. I punti dolorosi in urologia.

Medicina Ibera, 17 ott. — VILLATÒ. Epilessia ed alcoolismo.

Rev. medica Uruguay, maggio. — SCREMINI e MECRHOFF. Ascesso epatico amebico.

Zeit. f. Tuberk., v. 43, n. 5. — MARTIN. La tbc. nei medici e nel personale di assistenza. — LABARSKI. La natura dei granuli del bac. tbc.

Zblatt. f. inn. Med., 24 ott. — HAVLIUK. La sezione delle vie conduttrici nel midollo spinale.

Zblatt. f. Chirurgie, 24 ott. — PAMPERI. Il trattamento delle fistole intestinali alte.

W. Klin. Wochn., 22 ott. — SCHUR e KORNFELD. La patogenesi della glicosuria diabetica. — JELLINEK. Malattie ed infortuni degli elettricisti. — STRANSKY. L'allevamento dei prematuri.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

ANNO XXXIII Roma, 24 Maggio 1926 Fasc. 21

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di contrattura miogena traumatica.

Prof. dott. VINCENZO SCARPINI

Docente di clinica delle malattie nervose e mentali nella R. Università di Siena.

È ancora recente il ricordo delle discussioni tenute durante il periodo bellico intorno ad alcuni postumi di ferite, i quali parvero allora costituire sindromi nuove, quasi che fossero una conseguenza tutta particolare della guerra o di speciali condizioni con questa in rapporto. Si trattava di quadri morbosi che non erano riferibili ad alterazione materiale del sistema nervoso centrale o periferico; mentre non era d'altra parte accettabile per i medesimi la diagnosi di isterismo, in considerazione sopratutto della coesistenza di turbe trofiche, le quali, con i concetti che oggi di esso abbiamo, non potevano col solo isterismo spiegarsi.

Così accadde, come è noto, per alcune contratture d'origine traumatica che Babinski, non potendo classificare come isteriche nè come organiche, designò con la denominazione di « contratture riflesse » (1): Tale attributo si riferiva al concetto patogenetico (ammesso da Babinski e Froment), secondo il quale esse sarebbero dovute a stimoli anche subiettivamente inavvertiti, che partendo dalla sede del trauma e riflettendosi sui relativi segmenti spinali, determinerebbero disordini d'innervazione con conseguente alterazione delle correnti trofiche e tonigene: alterazione che si traduce alla periferia con paralisi o ipertonie muscolari, fino alla contrattura, accompagnate a turbe trofiche dell'arto o segmento di arto interessato.

Le idee di Babinski ebbero allora oppositori tenaci, come sostenitori ad oltranza tanto che talvolta anche fatti che, per difficoltà diagnostiche non poteronsi inquadrare in uno dei noti schemi neuropatologici, furono battezzati come « riflessi ».

Mentre ancora era vivo il dibattito sull'intricato argomento, comparve opportuna una pubblicazione di Fragnito, la quale contribuì notevolmente a portarvi un po' d'ordine e di chiarez-

(1) BABINSKI J. et FROMENT G. *Hystérie, pithyatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe*. Masson, éd., 1917. — V. anche le discussioni tenute alla « Société de Neurologie » in « Revue neurol. », 1914-15-16-17-18.

za (1). Trattando particolarmente delle contratture Egli fece osservare come, a parte quelle più comuni dipendenti da malattie del sistema nervoso centrale (piramidale parkinsoniana, ecc.) e sempre restando nel campo delle contratture periferiche, non bisogna dimenticare, ma tenere in giusta considerazione alcune conoscenze già acquisite alla neuropatologia, assai prima dell'esperienza di guerra: conoscenze fondamentali, trascurando le quali ci possono apparire come nuovi ed inesplicabili, alcuni fatti invece già noti e facilmente accessibili alle attuali nostre conoscenze di fisiopatologia neurologica. Con tale indirizzo e sulla guida della sua personale esperienza, Egli ricordò che dal vasto e mal delimitato aggruppamento dei disturbi motori d'ordine riflesso, occorreva separare varie contratture decisamente organiche, sempre d'origine periferica, tra le quali, in rapporto alla patogenesi, sono da distinguere le seguenti tre forme: *c. articolari*, *c. nevritiche*, *c. miogene*.

Le prime sono le più anticamente note e più specialmente occorrono nella pratica chirurgica. Le contratture neuritiche sono quelle che possono manifestarsi nel territorio muscolare di distribuzione di un nervo sottoposto ad uno stimolo morboso qualsiasi: tipica tra queste è per es. la contrattura che talora può succedere ad una paralisi facciale. Fragnito le chiama più propriamente « contratture nevritiche attive » in contrapposto a quelle che si sviluppano per accorciamento passivo di un muscolo, in seguito a paralisi periferica del suo antagonista (fatto osservabile nella sua espressione più classica come postumo della poliomielite acuta anteriore infantile). Di esse riferì e studiò un buon numero di casi per traumi di guerra, Artom (2) nella clinica del Fragnito e recentemente D'Antona L. (3) ne pubblicò due casi per traumi da infortunio. Infine possono anche osservarsi contratture dovute ad una causa che agisca direttamente sullo stesso muscolo o gruppo di muscoli contratturati e senza che si possa per esse invocare alcuno degli elementi patogenetici che caratterizzano le due forme precedenti. Son queste che Fragnito chiamò « contratture miogene » e che costituirono già oggetto di un mio precedente studio compiuto nella sua stessa clinica su alcuni feriti di guerra (4).

(1) FRAGNITO O. *I « disturbi motori d'ordine riflesso » e le contratture periferiche.* Riv. ital. di Neuropat. ed Elettroter., vol. XI, f. 3-4, 1918.

(2) ARTOM G. *Sopra le contratture attive di origine neuritica.* Riv. ital. di Neuropat. Ps. ed Elett., vol. XII, f. 4-5, 1919.

(3) D'ANTONA L. *Contributo clinico alla conoscenza delle contratture neuritiche attive.* Rass. di Studi Ps., vol. XIV, f. 1, 1925.

(4) SCARPINI. *Le contratture miogene.* Rassegna di Studi Psich., vol. XI, f. 2-8, 1922.

Avendo avuto occasione di osservare recentemente un caso di tal forma di contrattura in un operaio, seguita ad un comune infortunio, ho creduto opportuno renderlo noto a dimostrare come anche le c. miogene, benchè sieno le più rare, non sono una specialità della traumatologia di guerra, ma, come già affermava Fragnito, possono osservarsi anche nella pratica ordinaria: purchè si provveda ad esami completi e se ne valutino esattamente i risultati.

D. A., di anni 34, falegname: indirizzatomi per visita speciale da un distinto professionista della città il 1° marzo 1925. Individuo sano e robusto, senza precedenti morbosi d'importanza.

Il 29 agosto 1923, trovandosi sul lavoro, si ferì con una scheggia di legno che penetrò nel 1° spazio intermetacarpeo destro dalla faccia palmare e si approfondì fino a sollevare la corrispondente

FIG 1.

cute della faccia dorsale senza perforarla; si estrasse coi denti la scheggia e continuò nel consueto lavoro dopo una medicatura sommaria con tintura di jodo. Il giorno dopo comparvero fenomeni settici che, per la formazione di un ascesso, reclamarono presto un intervento operatorio.

Fino dai primi giorni dopo la ferita il p. avvertiva, è la sua precisa espressione, « come una forza che portava il dito in dentro ». Guarì chirurgicamente dopo quattro mesi e nel dicembre potè tornare alle sue occupazioni, residuando al trauma presso a poco l'impedimento che anche oggi si osserva e che egli sperava dovesse andare attenuandosi col tempo. Qualche giorno dopo aver ripreso il lavoro notò che, al seguito di un prolungato sforzo, il pollice destro era preso da tremore.

E. O. L'arto superiore destro presenta una lieve riduzione delle masse muscolari: la circonferenza massima del braccio è cm. 24 a destra, cm. 25 a sinistra; quella dell'avambraccio, a 8 cm. dalla piega del gomito, cm. 22 a destra, cm. 25 a sinistra. La differenza è tanto più rilevabile in quanto si tratta dell'arto destro ed il paziente non è mancino. Al palmo della mano notasi una piccola

cicatrice aderente in corrispondenza del primo spazio interdigitale. Il pollice in posizione di riposo è in adduzione, cosicchè la sua prima falange viene a trovarsi contigua alla corrispondente parte distale del secondo metacarpo; l'eminenza tenar, in causa dell'adduzione del primo metacarpo, appare più manifesta che a sinistra.

I movimenti attivi si compiono tutti normalmente tranne quelli del pollice, giacchè l'abduzione di questo dito è appena accennata: passivamente invece il movimento può raggiungere una maggiore ampiezza, pur restando sempre assai limitato. Esiste insomma una evidente contrattura dell'adduttore del pollice, in parte riducibile passivamente, pochissimo modificabile volontariamente nei tentativi di abduzione del dito (1).

Nessun disturbo di sensibilità.

Riflessi normali.

L'esame elettrico rivela una lievissima ipereccitabilità faradica dell'adduttore del pollice, nel qual muscolo è anche decisamente aumentata l'eccitabilità alla corrente galvanica, pur rispondendo esso prontamente allo stimolo e con normale formula di contrazione. A sinistra infatti la soglia di eccitazione dell'adduttore corrisponde a 5.5 m. a., a destra sono invece sufficienti 4.

Poche osservazioni occorrono per illustrare il caso descritto. L'atrofia muscolare diffusa a tutto l'arto e tuttora persistente nonostante l'attività in cui il medesimo è tenuto da molto tempo, può benissimo esser rienuta un fenomeno d'ordine riflesso o fisiopatico: fatti consimili per cause minime periferiche chiunque abbia pratica neurologica sulla ricca casistica di guerra può averne osservati.

Ma ciò che nel nostro paziente mi parve meritevole di particolare considerazione è il disturbo motorio a carico del pollice; giacchè, tenuta presente la possibilità di una « contrattura miogena » nel senso precisato da Fragnito e da me sotto la sua illuminata guida illustrato, non mi pare che in questo caso possa farsi altra diagnosi.

Anzitutto può escludersi che si tratti di una semplice retrazione cicatriziale fibrosa del muscolo interessato o degli strati aponevrotici con esso in rapporto: ciò può desumersi sopratutto dal fatto che la posizione in adduzione del pollice è in parte riducibile, come anche dal graduale, particolare aumento di resistenza che avvertesi nei tentativi di abduzione passiva. Non può essere una contrattura articolare mancandoci ogni indizio di una causa che consenta tale interpretazione. Per ammettere una contrattura neuritica dovremmo pensare ad un interessemento del n. cubitale; ma nessun altro muscolo da esso innervato presenta il fatto che osservasi invece a carico esclusivamente dell'adduttore del pollice; mentre sarebbe poco comprensibile che, almeno gli altri piccoli muscoli della mano, gli interossei sopratutto, non partecipassero, in tal caso, alla contrattura determinando la posizione delle dita caratteristica delle contratture attive del n. cubitale, della quale qui non abbiamo alcun segno. Sembrami infine superfluo prendere in considerazione la possibilità che si tratti di un fenomeno isterico: le contratture di questa natura non si limitano ad un muscolo solo, non essendo l'isterismo, nelle sue manifestazioni anche monosintomatiche, capace di sottili distinzioni anatomiche.

Ma, oltre che per esclusione, anche direttamente siamo condotti alla diagnosi suddetta sia dall'esame clinico, come pure per considerazioni etiologiche. Nella citata memoria distinsi le contratture miogene in « immediate » e « tardive »; le prime che si videro seguire istantaneamente ad un trauma, per lo più per arma da fuoco; le seconde dovute a stimoli vari che possono in diverso modo irritare il muscolo dopo la sua lesione e tra questi ricordai i focolai infiammatori, le loro successioni, la permanenza di corpi estranei, un eventuale microbismo latente, ecc. Nel caso nostro, che rappresenta una « c. miogena tardiva », tali fattori etiologici possono bene essere ammessi: è da notare infatti come fino dal primo manifestarsi del processo settico, che complicò la ferita, il p. avvertiva come una forza che tendeva a portare il metacarpo in adduzione. Rilevo inoltre come alcuni particolari segni che accompagnano in questo caso la contrattura, non raramente riscontransi nelle forme miogene: tali sono la lieve ipereccitabilità agli stimoli elettrici ed il tremore consecutivo alla fatica del muscolo.

La diagnosi in questo caso acquistava particolare importanza sopratutto per la prognosi e la relativa liquidazione dell'infortunio. Esclusa facilmente la simulazione e data la coesistenza di una atrofia che va ritenuta di natura riflessa, poteva ad un esame superficiale essere ritenuta « riflessa » anche la contrattura e la prognosi sarebbe stata in tal caso più favorevole: assai diverso invece deve essere il nostro giudizio con la diagnosi di contrattura miogena, data la resistenza che tal forma, quando è di origine traumatica, oppone di solito alle cure ed anche ad un attivo esercizio muscolare.

Circa la patogenesi della contrattura, per non ripetere quanto già cercai di dimostrare nel mio citato lavoro, rimando a ciò che in esso scrissi a pag. 59-67. Ricordo soltanto come, dall'esame dell'arduo problema e sulla guida delle considerazioni dei precedenti Autori che incidentalmente se ne occuparono, fui indotto a ritenere che l'ipo-

(1) La figura riproduce una fotografia presa mentre il p. cerca di mantenere il pollice bilateralmente nella massima abduzione possibile.

tesi di Piéron (1) sulla patogenesi delle acrocontratture sia più che mai accettabile per le c. miogene.

Il caso da me brevemente illustrato suggerisce infine una considerazione: esso cioè fa pensare alle alternative di vivo interesse e di ingiustificata dimenticanza cui sono talora destinati fatti clinici pur sempre ugualmente degni di studio. È ciò che può dirsi appunto per le acrocontratture. Già descritte molti anni or sono, come osservò Fragnito, ma ormai dimenticate al tempo della guerra, costituirono invece in tal periodo nuova inesauribile sorgente per pubblicazioni d'ogni genere e numerosissimi Autori se ne occuparono. Venuta a mancare, per fortuna, la ricca traumatologia di guerra, sembra che sia cessata per lo stesso argomento ogni ragione di osservazione e di studio quasi che la patologia ordinaria, sia pure in proporzioni debitamente ridotte, non possa anch'essa offrirne occasione; mentre un attento esame, una precisa diagnosi, sono sempre ugualmente necessari, ad evitare in casi consimili inesattezze od errori d'interpretazione, i quali, anche dal punto di vista medico-legale, possono aver sempre la loro importanza.

Sodòku da morso di gatto.

Dott. G. MARIO NEJROTTI (Torino).

Quantunque la terminologia clinica di sodòku, ormai consacrata dall'uso, voglia indicare esclusivamente quella speciale entità morbosa che dai medici Giapponesi e Cinesi è definita come causata dal veleno del morso di topo: sodòku=topo veleno; e dagli Inglesi « Ratbitefever » = febbre da morso di topo; e dai Tedeschi = « Rattenbisskrankheit » = malattia da morso di topo; tuttavia gli stessi medici Giapponesi, che furono i primi a studiarla ed a divulgarne la conoscenza e poi tutti gli altri osservatori Americani, Inglesi, Tedeschi, Italiani, hanno constatato che la stessa malattia può essere trasmessa dagli animali roditori e da animali che si cibano di topi (gatto, donnola, faina, furetto): specialmente il gatto è l'animale carnivoro che più particolarmente si nutre di topi ed è l'animale domestico che abitualmente si trova a contatto dell'uomo, è quindi logico che il gatto sia l'animale che viene subito dopo il topo come trasmettitore del sodòku. Di qui si comprende come il termine sodòku debba bensì indicare quella forma patologica che ha ormai un quadro ben definito, però il termine non deve essere preso in senso letterale od etimologico, ma in senso molto lato.

Data la molteplicità degli animali trasmettitori della malattia, i casi non sono poi così rari come si poteva credere un tempo e perciò devono essere ben interpretati nella pratica sanitaria onde evitare errori di diagnosi non fatte a tempo oppure scartate che portano ad inutili terapie dannose alle volte al malato ed inconcludenti per il medico curante. Ora non è vano insistere nel divulgare tutti quei casi di sodòku che cadono sotto l'osservazione del medico pratico e che possono giovare per rendere più facile e più comune l'interpretazione della malattia, che ha una sindrome non di per sè difficile, quando se ne abbia presente la patogenesi, ma che diventa inesplicabile se quella viene a mancare nel momento opportuno.

Come per altre malattie poco comuni così anche è capitato per il sodòku: i casi, come già dissi, sono certamente più numerosi di quelli finora pubblicati e ne è pure riprova la larga distribuzione geografica. Prima la malattia era creduta limitata al Giappone ed alla Cina, viceversa poi venne constatata in quasi tutte le parti del mondo. Secondo il Masci, nel 1922, i casi noti della letteratura mondiale ascendevano al centinaio, però fin d'allora dovevano già essere assai di più: nella sola Italia, a tutt'oggi, ne furono già pubblicati 47.

Si riteneva che la malattia si verificasse a preferenza nelle località ricche di canali oppure in quelle che hanno abitazioni umide, mal costruite o fornite di stalle: fatti che favoriscono la maggiore presenza di topi; al contrario le statistiche non lo provano affatto. In Italia p. es., i 47 casi, fatta eccezione per quelli in cui manca la indicazione della località, sono così distribuiti: Brescia 13, Caserta 3, Firenze 3, Roma 3, Mantova 2; 1 per Alessandria, Bergamo, Catania, Como, Cuneo, Ferrara, Forlì, Friuli, Genova, Istria, Massa, Milano, Ravenna, Reggio Emilia, Sassari, Treviso, Venezia, Verona. Dal che risulta infondata l'ipotesi suddetta: Venezia, ricchissima di canali, ha un solo caso di sodòku. La provincia di Brescia poi figurerebbe come la più colpita dai casi di sodòku; ciò non è dovuto a fattori propri di quella provincia per la maggior diffusione del male, ma certamente e solo al fatto che la malattia, in quella regione, è meglio conosciuta dai sanitari e quindi è più facilmente identificata e constatata.

Lo stesso prof. Frugoni, che primo in Europa nel 1911 studiò e descrisse la malattia dal lato eziologico, patogenetico, sintomatologico e terapeutico è bresciano di nascita e, pur risiedendo

---

(1) PIÉRON H. *Du mécanisme physiologique du tonus musculaire comme introduction à la théorie des contractures*. La Presse méd. 1918, n. 10. *Les formes et le mécanisme du tonus*. Revue neurol., 1920, n. 10.

a Firenze, ha avuto campo di fare ben conoscere la malattia dai medici suoi conterranei.

Ogni medico dovrebbe tenere presente — fino a prova contraria — l'affermazione del Masci che « tutti i topi, tutti i roditori indistintamente al« bergano nel loro cavo orale l'agente causale « della malattia come ospite innocuo ed abituale, « per cui basta il semplice morso di essi per ino« culare nei tessuti discontinuati dell'uomo, insie« me con la saliva, il germe infettante » completando l'affermazione con la nozione che non solo tutti i topi e tutti i roditori ma anche gli animali che si cibano di essi possono essere infettanti e quindi restare molto guardingo verso quei pazienti che accusano di essere stati morsicati da detti animali. Bisogna per questi pazienti usare la stessa circospezione che si ha verso gli individui morsicati dal cane e, non potendo per ovvie ragioni tenere sotto osservazione gli animali portatori di sodòku, tenere sotto osservazione i morsicati.

Questo semplice accorgimento precauzionale, praticissimo da effettuarsi ed alla portata di ognuno, credo che possa servire a far meglio e più largamente e più precocemente diagnosticare il sodòku.

Edotti sulla molteplicità e varietà degli animali trasmettitori e sulla grande diffusione geografica del sodòku, non è ozioso ricordare le caratteristiche patologiche locali e generali che bene individualizzano la malattia: *localmente* — nel punto della morsicatura — oltre all'eventuale cicatrice oppure alla piccola lesione in atto, ulcerata o suppurata, soggettivamente il malato può accusare prurito, senso di tensione o di calore, bruciore, dolore e se, come il più delle volte accade è stato morsicato il polso, la mano e le dita, rigidezza od impossibilità di movimenti articolari *Nello stato generale*, il paziente accusa spossatezza progressiva, cambiamento di carattere, inappetenza, brividi, febbre a periodi irregolari e per intervallo di comparsa e per durata, seguita o no da sudorazione. L'osservazione medica poi riscontra quasi sempre — *localmente* — gonfiore dei tessuti circostanti il punto morsicato, ricoperto da pelle tesa, di colorito prevalentemente rosso o rosso vinoso; edema di consistenza piuttosto dura; spesso strie linfangioitiche con ingorghi delle ghiandole delle stazioni zonali od anche a distanza; eritema cutaneo polimorfo e, fatto essenziale per la diagnosi sicura di sodòku, il fenomeno specifico che « la tumefazione locale, la linfangioite, l'ingorgo ghiandolare, l'eritema polimorfo con tutti i fatti soggettivi generali aumentano parallelamente di intensità e di acuzie e poi regrediscono, in modo sincrono, coll'insorgere e col cadere delle crisi febbrili ». Questo fatto è sempre stato riscontrato e ben messo in rilievo da tutti gli osservatori che hanno studiato la fenomenologia nosologica del sodòku ed è di importanza capitale per la diagnosi.

Fissata la diagnosi, sulla scorta della sindrome, che difficilmente può essere confusa con quella di altre malattie setticoemiche, la cura specifica deve essere attuata immediatamente e precocemente, onde evitare ai colpiti di sodòku cure lunghe o semplicemente sintomatiche; interventi chirurgici, mutilazioni e soprattutto l'inevitabile e progressivo decadimento organico, alle volte letale: la mortalità per sodòku, secondo le statistiche di Hata e Miyake, è del 10 %. Ormai è assodato dalle ricerche degli osservatori giapponesi: Futaki, Takaki, Taniguki, Osumi, Ishiwara, Tamura, Ido, Wani, Kusama, Kasai (1919), ecc. e dai nostri osservatori italiani: Martinotti, Mantovani, Frassi, Masci, Fasiani (1922) che la causa del sodòku è la *Spirochaeta morsus muris* di Futaki (1915); quindi si comprende come la cura arsenobenzolica, quella che esplica il più alto potere parassiticida e chemioterapico nelle infezioni spirochetosiche, sia la vera terapia a cui il medico pratico debba ricorrere: cura che è stata suffragata da risultati clinici sicuri e duraturi di guarigione dai vari autori che l'hanno adoperata, dopo che, per la prima volta, venne introdotta, col salvarsan, per combattere il sodòku dal giapponese Hata, nel 1912, in sostituzione della semplice cura sintomatica.

Dopo le suesposte considerazioni di carattere pratico, passo a descrivere il caso di sodòku che è caduto sotto la mia osservazione: il primo caso che si sia verificato in Torino e provincia ed il secondo caso in Italia dovuto al morso di gatto. Il 1° caso di sodòku da morso di gatto è stato pubblicato dal Masci nel 1922.

CASO. — M. Eufrasia, anni 43, benestante e proprietaria di una trattoria in un vicolo della vecchia Torino.

Nulla nel gentilizio. Nulla degno di nota nella anamnesi remota. Fino al luglio c. a. godette sempre buona salute. L'A. racconta che il 25 luglio 1925 avendo notato che il suo gatto — un robusto gatto grigio di due anni che teneva nel proprio negozio per la caccia ai grossi e numerosi topi infestanti la sua trattoria — aveva preso e divorato un grosso topo, cercò di accarezzarlo sul dorso ma venne da questo improvvisamente addentata e morsicata al polso destro. L'a. cercò subito di far sanguinare la ferita, riuscendo a spremere appena poche goccie di sangue, medicò quindi la ferita spennellandola con tintura di iodio e la ricoprì con un bendaggio protettivo. Due giorni dopo tolse la medicatura e trovò che la ferita era guarita. Passarono altri 4 o 5 giorni e l'a. cominciò a notare l'insorgere di un prurito nel punto della morsicatura: prurito non continuo ma che si esacerbava a periodi. Nel frattempo si

accorse che la piccola cicatrice si faceva più evidente e rossa. Dopo altri 3 giorni, all'arrossamento subentrò gonfiore non solo ma ella cominciò ad avvertire un senso di malessere generale strano che la rendeva melanconica e le dava ripugnanza per il cibo, per cui ricorse ad un medico. Questi la trovò apiretica, non diede peso a quello che succedeva nel sito della morsicatura e riscontrando alla paziente la lingua patinosa con flatulenza, diagnosticò trattarsi d'imbarazzo gastrico e le prescrisse un purgante con relativa dieta e riposo per qualche giorno. Intanto il gonfiore al polso aumentò, l'arrossamento con i dolori si fecero più intensi e, precisamente 15 giorni dopo il morso del gatto, fu colta da brividi seguiti da febbre alta per cui dovette restare a letto per circa 2 giorni, dopo dei quali la febbre diminuì, i dolori si attenuarono e contemporaneamente regredirono il rosso ed il gonfiore al polso. Ritornò al lavoro ma si sentì anche più stanca e più prostrata di prima dell'attacco febbrile. Insospettita di questo suo stato anormale e facendone ella stessa risalire l'origine alla subìta morsicatura, consultò un altro medico il quale riscontrò un fatto infiammatorio al polso destro dovuto, secondo lui, ad infezione secondaria alla ferita prodotta dal morso del gatto e le consigliò topici rivulsivi locali ed un antipiretico, formulando l'ipotesi che si dovesse poi in seguito dar esito a del pus che si stava formando in loco. Quattro giorni precisi dal cessare del primo attacco febbrile passarono e improvvisamente si riacutizzarono i fenomeni infiammatori del polso destro tanto da rendere e per il dolore e per il gonfiore impossibili i movimenti attivi della mano d., delle dita anulare e mignolo e l'a. fu nuovamente assalita da brividi e da febbre. Notò, per la prima volta, durante questo attacco, delle strie rosse all'avambraccio ed al braccio destro e chiazze rossastre al collo, al viso ed alle coscie. L'attacco durò tre giorni. Persuasa che tutto il suo male l'avesse prodotto il gatto, porta l'animale all'Ufficio d'Igiene Municipale, spinta a questo, anche dall'osservazione che il gatto da parecchi giorni rifiutava il cibo ed era di una sonnolenza insolita: all'Ufficio d'Igiene il gatto venne sommariamente esaminato ed ella fu rimandata con l'assicurazione che l'animale era sano e che i suoi mali dipendevano da altre cause per cui era opportuno che ella ricorresse all'ospedale. Quivi viene visitata: le si riscontra la sindrome infiammatoria al polso e data la durezza della tumefazione si diagnostica un flemmone ligneo che deve essere operato. L'a. non contenta del responso, consulta un chirurgo, il quale sospetta trattarsi di periostite dell'apofisi stiloide dell'ulna destra e consiglia l'immediato intervento chirurgico, di fronte al quale l'a. diviene titubante e vuol prendere tempo. A 10 giorni di distanza dall'ultima crisi di febbre ha un altro attacco febbrile con la solita sincronicità della coorte fenomenologica generale e locale.

Il giorno 9 settembre l'a. si presenta nel mio consultorio: con una minuzia, non comune, di particolari mi racconta tutta la sua dolorosa istoria a cui con una certa evoluta larghezza, perchè di speciale valore anamnestico, ho già accennato sopra. Esamino la paziente e quello che quasi subito mi guida alla diagnosi di sodòku è la caratteristica contemporaneità del sorgere e del regredire dei fatti morbosi generali e locali col sorgere e col regredire degli attacchi febbrili.

E. O. — Donna di statura media; in buone condizioni generali. Sistema scheletrico regolare. Pannicolo adiposo discreto. Masse muscolari ben sviluppate ma ipotoniche. Colorito delle mucose visibili pallido. Colorito generale della cute brunastro con alcune chiazze rossastre, irregolari per forma e per grandezza, sulle guance, sulla fronte e sul collo; alcuni elementi, a tipo eritematoso, di forma lenticolare, leggermente sollevati sulla cute, di colorito rosso vinoso, che scompaiono con la pressione, sparsi quà e là sulla pelle dell'arto superiore destro, sul torace e sulla faccia interna delle coscie. Si palpano ghiandole ingorgate alla regione epitrocleare destra, al cavo ascellare ed alla fossa sopraclaveare destri. La pressione delle ghiandole ingorgate riesce dolorosa. Nulla di simile si riscontra alle regioni omologhe e corrispondenti di sinistra. La regione del polso d. si presenta notevolmente tumefatta, specie a carico di tutta la metà mediale. La tumefazione si estende distalmente verso la mano, la regione ipotenare ed alle dita anulare e mignolo; prossimalmente al terzo inferiore dell'avambraccio destro. La tumefazione in toto è coperta da cute tesa, lucente e di un caratteristico colore rosso vinoso con una zona, grande come un grano di miglio, a livello dell'apice dell'apofisi stiloide dell'ulna d. di un colore rosso porpora: zona corrispondente alla cicatrice infiammata, dovuta alla piccola ferita del morso del gatto. La tumefazione è dura nella parte centrale, più pastosa verso la periferia; è calda ed è dolente alla pressione. I movimenti attivi e passivi del polso e quelli del mignolo e dell'anulare d. sono assai limitati e dolorosi. Dalla parte prossimale della tumefazione si dipartono alcune strie di linfangioite che vanno al gomito dove qualcuna si esaurisce mentre altre continuano fino al cavo ascellare.

La temperatura è diversa nei due cavi ascellari: Td. 38,7; Ts. 38,3; il polso è alquanto frequente ma regolare: P. 94 m''; il respiro, prevalentemente toracico, 22 m'; lingua patinosa, alito fetido. Nulla si rileva a carico dell'esame degli apparati respiratorio e cardiovascolare. Fegato nei limiti. Assenza di tumore di milza. Addome discretamente meteorico. Nulla agli organi urogenitali.

Esame delle urine: lievissima velatura di albumina; nessun altro elemento patologico; l'esame del sedimento non fa riscontrare altro che cristalli di urati e di ossalati e qualche cellula di desquamazione delle basse vie urinarie.

L'esame del sangue — ripetutamente eseguito all'Istituto Baldi e Riberi dell'Ospedale S. Giovanni di Torino — non ha rilevato nulla di speciale dal lato ematologico: emometria 70. Globuli bianchi 3500; Globuli rossi 4,400,000; Val. glob. 0,78; leucociti neutrofili 68 %; basofili 1 %; eosinofili 1 %; linfociti 25 %; monociti 3 %; Rieder 2 %.

L'esame sierologico dà ripetutamente e nettamente negativa la Wassermann; mentre dà positiva la Meinike T. R. (+ +).

Gli strisci di sangue, colorati con il metodo Fontana e Romanowski-Giemsa, furono negativi per la ricerca della spirochaeta morsus muris di Futaki, pure negativa la ricerca della spirochaeta nei campioni di urina prelevati durante un attacco febbrile.

Non si fecero emocolture nè si inocularono animali da laboratorio e neppure si riuscì ad avere

il gatto trasmettitore della malattia. Cutireazione negativa.

L'esame radiografico del polso d. — eseguito per togliere ogni dubbio di periostite dell'apofisi stiloide dell'ulna d. — risultò negativo.

All'a., appena ultimati gli esami clinici sopradetti, durante i quali ebbe ancora un attacco febbrile assai intenso, venne praticata la terapia specifica arsenobenzolica. Già dopo la prima iniezione endovenosa di Neo I.C.I., eseguita il 18 ottobre 1925, i fenomeni locali parallelamente a quelli generali regredirono rapidamente, ciò dovuto alla relativamente breve durata della malattia. Tre iniezioni endovenose di Neo I.C.I. in dose progressiva da cgr. 15 a cgr. 45, eseguite a distanza di 6 giorni l'una dall'altra, bastarono per guarire stabilmente l'a. Ho voluto rivedere l'a. proprio in questi giorni e l'ho trovata in ottima salute.

Che nel caso su esposto si sia trattato veramente di sodòku, per quanto l'animale trasmettitore non sia stato il topo ma il gatto e le ricerche di laboratorio siano risultate negative per la spirochaeta morsus muris di Futaki, tuttavia lo provano: 1) il caratteristico andamento clinico della malattia a tipo ricorrente con perfetta e sincrona corrispondenza dei sintomi locali e generali; 2) la guarigione rapida e completa ottenuta con il preparato arsenobenzolico.

Torino, 25 dicembre 1925.

BIBLIOGRAFIA.

MIYAKE. Centr. fur Chir., n. 5, 1900.

ID. *Rattenbiskranheit Mitt. sus grenzgebieten des Med. u Chir.*, t. V, 1900.

FRUGONI. Riforma medica, n. 47, 1911.

KAISERLICH JAPANISCHE *Inst. e Infektions Granck zu Tokio Endemiche Krank leiten Japan*, 1911.

KAVAHARA e FIJIKAVA. *Epidem. Krankleiten in Japan.* Ibid., Istitute, 7, pag. 104, 1911.

CURTILLET e LAMBARD. *Un cas de sodoku.* Bull. Méd. de l'Algérie, p. 439, 1912; J. Med. Int., 10 dic. 1912.

GOTTI. *Un altro caso di sodoku.* Riv. Crit. di Clin. Med., n. 4, 1912.

GOUGET. *Le sodoku.* Presse méd., 2 marzo 1912.

MESNIL. Brit. Med. Journ., pag. 1185, novembre 1912.

O. CARROL. *A case of rat-bit-fever.* Brit. Med. Journ., 18 gennaio 1912.

ATKINSON. *Rat-bit-fever.* London, The med. Cronic., aprile 1913.

DICK and RUTHEFURD. *A case of soccalled Ratbite disease.* Brit. Med. Journ., 1913.

HEWLET e RADEMANN. *Case of rat-bite-disease.* The practitioner, n. 86, 1913.

BRAILLON e PERDIN. *Deux cas de sodoku en Picardie.* Gaz. Méd. de Picardie, pag. 182, 1914.

NIXON. *Rat-bite-fever comed bry fenet.* Brit. Med. Journ., II, 628, 1914.

ZANNINI. *Due nuovi casi di sodoku.* Gaz. Osp. Clin., 23 giugno 1914.

PERUGIA e CASCHIDIO. *La malattia da morso di topo.* Rif. med., n. 10, 1915.

PIAZZA. *Un nuovo caso di sodoku.* Il Morgagni, 27 febbraio 1915.

WELDER TELESTON. *The etiology and the treatment of Rat-bite-fever.* The Journ. of A. O. M., ag., n. 14, 1° aprile 1915.

BLAKE. *The Etiology of Rat-bite-fever.* The Journ. med., vol. XXIII, n. 1, 1916.

FUTAKI, TAKAKI e OSUMI. Journ. of exp. medic., febbraio 1916.

IDO, HAKI, ITO, WANI. Journ. of exp. medic., novembre 1916.

KITAGAWA MUHOYAMA, IAKU, CHOUZASSHR. Ibid., 1916.

MIYAKIMA. Istitute Kitasato p. mal. infect., apr. 1916

CAVINA. *Un caso di sodoku in un soldato.* Il Morgagni, n. 8, 1917.

IDO, ITO, WANI, OKUDA. Journ. of exp. med., 1° settembre 1917.

ISHITWARA, CHATAVARA, TAMURA. *Esper. rat-bite-fever.* Journ. of exp. med., vol. XXV, n. 2, 1917.

KITAGAWA e MUHOYAMA. Arch. intr. med., p. 317, 1917.

MARTINOTTI. *Contrib. allo studio del sodoku.* Giorn. It. delle mal. ven. e della pelle, fasc. 2°, 1917.

MATSUSSCKI, TSUMENUCKI. *Rat-bite-fever.* Tokio st. News, 10 novembre 1917.

PERDU. *Le sodoku en France.* Soc. Path. comparée, 8 may 1917.

RAIMOND et LEVY BRUHL. *Un noveau cas de sodoku.* Soc. Méd. des hôp., 16 dicembre 1917.

ROGER HENRY. *Les cas français de sodoku.* Presse méd., p. 201-102, 6 aprile 1917.

E. BORELLI. *Le iniezioni mercuriali nella cura del sodoku.* Policlinico, Sez. prat. fasc. 20, 1918.

DAGRIFF et LOUPV *Un cas de sodoku.* Presse méd., n. 31, 18 aprile 1918.

BERGAMINI. *Studio sul sodoku.* Policl., Sez. prat., fasc. 42, 1919.

KUSAMA, KOBAYESCKI, KUZUSISKU. *Spirochete of Rat-bite-fever Saikgaben Frasski. The Rat-bite-fever.* Bull. Infect. dis., pag. 366, vol. 24, aprile 1919.

DE LORENZO. *Il primo caso di sodoku in Sardegna.* Giorn. It. di mal. ven. e della pelle, fasc. 4°, 1920.

ANCONA. *Di un caso di spirochetosi da morso di topo.* Sperim., 1921.

L. FRASSI. *Osservazione di un caso di sodoku.* Soc. Lomb. Scienze Mediche e Biologiche. Milano. Seduta 21 gennaio 1921.

DE LANGE e WOLFF. *Un caso di sodoku.* Ned. Tidschr. v. Genecsk, 19 febbraio 1921.

MANTOVANI. Pathologica, pag. 396, 15 agosto 1921, e pag. 423, 1° settembre 1921.

G. M. FASIANI. *Ricerche etiologiche in un caso di sodoku.* Rif. med., n. 13, 27 marzo 1922.

B. MASCI. *Il sodoku.* Riv. Osped., n. 11, 12 e 13, giugno-luglio 1922.

A. PELLEGRINI. *Il sodoku in Italia.* Rif. med. n. 16, febbraio 1923.

CIACCIA. *Considerazioni su di un caso di sodoku.* Osped. Civile Venezia, seduta 11 dicembre 1923.

S. CORINALDESI. *Un caso interessante di sodoku.* Rif. med., n. 20, 19 maggio 1924.

G. BEZZI e N. MORATTI. *Un caso di sodoku.* Policlinico, Sez. prat., n. 2, gennaio 1924.

S. GIRALDI. *Due casi di sodoku.* Policl., Sez. prat., n. 2, 14 gennaio 1924.

CAVINA-PRATESI. *Altri casi di sodoku in provincia di Brescia.* Rif. med., n. 18, 4 maggio 1925.

B. ESPOSITO. *Un caso di sodoku.* Lett. med., 15 dicembre 1925.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Utilità del sanguisugio.

Dott. GINO ROMANO (S. Stefano Belbo).

La proprietà di provocare una emorragia prolungata dalla incoagulabilità del sangue è la caratteristica della sanguisuga o mignatta (*hirudo Medicinalis L.*).

Molto in onore nei tempi passati, ora è caduta quasi in disuso. Nondimeno nessun altro mezzo può sostituire in casi speciali questo prezioso presidio terapeutico.

Il decongestionare in modo così completo una parte infiammata, il derivare da piccolo vaso (capillare) tanto sangue quanto potrebbe uscirne spontaneamente solo da uno molto più grosso, questi sono vantaggi cui abitualmente non si da importanza. Si calcola il sanguisugio come un salasso ottenuto con mezzo diverso. Invece vi è una diversità grande.

Dove occorra la sottrazione dal circolo di una data quantità di sangue, non v'è scopo di abbandonare il salasso per il sanguisugio, che è a sua volta insostituibile nelle sue precise finalità. Col sanguisugio si riattiva la circolazione in un territorio che sia congesto, ove il sangue ristagni (cianosi dei focolai infiammatori). Col sanguisugio si rinnova questo sangue, dando alla difesa locale una corrente linfatica nuova e fresca che può combattere con energia. Col sanguisugio dunque si decongestiona e si disintossica, dando così un sollievo pure alle terminazioni nervose sensitive (azione sul dolore).

Indicazioni sue terapeutiche in generale sono gli stati infiammatori localizzati, pure nel periodo presuppurativo, e le congestioni sanguigne. Ed ecco in particolare quali sono le sue applicazioni più importanti in ordine topografico.

Capo e collo:

1) Congestione cerebrale e meningea, emorragia cerebrale. Sottraendo sangue dal cervello e dalle meningi per mezzo delle vene emissarie mastoidee, non agisce sulla massa totale del sangue, ma ne attenua la pletora locale. Per ottenere l'eguale effetto col salasso, occorrerebbe fosse tanto abbondante da riuscire talvolta dannoso. Di qui l'indicazione precisa del sanguisugio in queste manifestazioni morbose;

2) Fatti infiammatori degli occhi, attacchi glaucomatosi, emorragie retiniche. L'applicazione si fa alla tempia, e agisce molto bene specialmente contro il dolore. L'ho sperimentato con ottimo risultato, nelle iriti e nel glaucoma, nella pratica privata come rimedio palliativo, in attesa di poter inviare l'infermo da uno specialista;

3) Otiti, in particolar modo con interessamento della mastoide. Tempo fa ebbi in cura una ragazza con otite emorragica bilaterale acutissima. La febbre alta (41°), i dolori insopportabili a tutta la testa, ma specialmente alla regione mastoidea, e l'emorragia dall'orecchio (perforazione con membrane al massimo congeste e dolenti); mi consigliarono l'applicazione delle mignatte. Esse apportarono un grande sollievo all'ammalata, rendendo tutta la sintomatologia meno imponente e più sopportabile;

4) Processi infiammatori dei denti. Pulpiti, radicoliti, periostiti. Anche i profani sanno quale vantaggio porti l'applicazione diretta sulla gengiva. Nel periodo della massima acuzie, quando si teme intervenire (o almeno lo teme il medico pratico) la sottrazione di sangue cattivo con le sanguisughe è più utile e meno dolorosa di qualsivoglia scarificazione o applicazione di mezzi fisici diversi, e dà miglior risultato di qualsivoglia medicina presa internamente;

5) Edemi infiammatori delle tonsille e ascessi nel periodo di formazione. L'attacco di sanguisughe dietro l'angolo della mandibola diminuisce l'edema, ma la sua azione è scarsa a meno di fare l'applicazione localmente, cosa non scevra di pericoli;

6) Adeniti sottomascellari acute (forme infettive dei bambini). L'applicazione precoce di sanguisughe dà talvolta la risoluzione del focolaio infiammatorio che minaccia di andare in suppurazione;

7) Laringiti ribelli dovute a fatti congestizi. Si fa la sottrazione sanguigna in corrispondenza della cricoide. La sperimentai tempo fa in un A. che accusava (nella stagione invernale) dolori, senso di calore, voce afona da un mese. L'esame rivelò una forte congestione della laringe. Inalazioni e applicazioni diverse senza risultato. Sottratto sangue localmente si ebbe un miglioramento che ora portò l'A. a guarigione.

Torace, Addome:

1) Congestione polmonare. Pleurite secca nei pletorici. Polmoniti con risentimento pleurico forte, grande diffusione del processo pneumonico, sputo quasi completamente ematico (sempre quando non ci sia indicazione speciale del salasso);

2) Mastiti nel periodo presuppurativo. La tempestiva applicazione sul lobo ghiandolare dolente può fare scomparire ogni pericolo di suppurazioni lunghe e noiose;

3) Nefriti specialmente se emorragiche.

Altri casi di utilità:

1) Adeniti inguinali o di altre zone (non da infezione venerea);

2) Nodi emorroidari strozzati o emorroidi infiammate. Più di una volta riuscii a calmare in breve tempo dolori intollerabili dovuti a un nodetto emorroidario con l'applicazione di una mignatta. Il nodo si affloscia e le vene emorroidarie vicine si decongestionano. Nè l'idroterapia nè le supposte possono fare altrettanto in una infermità che richiede un pronto sollievo;

3) La derivazione per le vene emorroidarie è indicata pure nelle affezioni della prostata (specialmente prostatiti acute);

4) Negli ascessi perianali e nelle affezioni acute del perineo;

5) Nelle orchiti con estensione del fatto infiammatorio verso il funicolo, l'applicazione di sanguisughe all'inguine, alla radice dello scroto è di prezioso aiuto. Tempo fa ebbi in cura un ammalato con forma intestinale infettiva (paratifo?) che ebbe come complicazione un'orchite. Dolori acutissimi, febbre alta, vomiti, singhiozzo sono i sintomi che accompagnarono la tumefazione del testicolo e del canale inguinale. Le pomate calmanti e il ghiaccio non sortirono alcun risultato. L'applicazione di sanguisughe invece calmò il dolore e la reazione peritoneale;

6) Collo dell'utero. L'applicazione presenta difficoltà. È più facile per gli organi genitali femminili esterni (Bartolinite, ascessi del grande labbro, ecc.).

Infine si può, riepilogando, concludere che il sanguisugio è prezioso in fatti infiammatori locali (dolore, tumefazione, congestione) di qualsivoglia natura non solo come calmante, ma spesso come terapia razionale del processo morboso.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Difficoltà diagnostiche della cefalea.

(G. MINGAZZINI. *Praxis*, aprile 1926).

L'accertamento della natura e della causa della cefalea è spesso problema d'una certa difficoltà. I punti sui quali bisogna metodicamente insistere sono: la *catamnesi* e l'*esame obbiettivo*.

Conviene innanzi tutto indirizzare le indagini atte a precisare se si tratti d'una vera e propria cefalea o di parestesie cefaliche e di nevralgie specie del nervus occipitalis minor o del ramus primus del trigeminus.

I nevrastenici sogliono spesso accusare come mal di capo le parestesie varie consistenti in senso di pressione al vertice, senso di freddo o di caldo, di ripienezza o di vuoto, di martellamenti, di cappa di piombo all'occipite o di casco su tutto il cranio. Queste parestesie possono essere isolate o sovrapporsi o alternarsi ai veri attacchi cefalalgici cui i neurastenici vanno soggetti.

La sede del dolore ha la sua importanza diagnostica. Al riguardo le prime risposte dei pazienti non sono sempre chiare e precise. Occorre insistere per venire a capo di qualche cosa di sicuro, a scoprire che il dolore è sull'occipite o sulla regione frontale o su quella temporale. Al riguardo può dare utili risultati la percussione col martelletto o col pollice su i supposti punti dolenti, sulla tubera frontalia, sulla glabella, sul pterion, sulla parte più alta della squama temporale, sull'obelion, sulla base della mastoide, sull'occipite. Alla percussione deve far seguito la pressione digitale (fatta col pollice) del cranio, non solo sui punti cranici testè ricordati, ma anche su quelli di uscita del *n. supraorbitalis* (incisura supraorbitalis) e sulla estremità più alta delle docce paracervicali, laddove escono i nervi occipitales major et minor. Il dolor di testa, determinato da incipienti processi locali, sfugge alla percussione molto più facilmente che non alla pressione digitale.

Purtroppo questa tecnica è alquanto grossolana, perchè fondata su criteri subbiettivi. Ecco perchè da parecchi anni il Mingazzini è andato ventilando il disegno di costruire un apparecchio, il quale servisse eventualmente a misurare le differenze di dolorabilità delle due metà del cranio, rispettivamente dei punti simmetrici; esso sarebbe costituito da un martello mobile (applicato con viti sul cranio), la cui forza percuotitrice si potesse apprezzare mediante una scala empiricamente graduata. Altro apparecchio o con

simile avrebbe ideato per tradurre in cifre la maggiore o minore dolorabilità negli stessi punti cranici rispetto alla pressione digitale. Per altro i tentativi praticati con gli strumenti, messi in opera a questo scopo da una Casa costruttrice di Torino, non hanno dato finora risultati attendibili.

Non sempre ad un punto dolente alla pressione corrisponde un processo morboso in atto. Già se i tumori hanno sede nella subcortex, il dolore può insorgere relativamente tardi, quando già si sono sviluppati sintomi generali e locali. Ma ciò che più monta, si è che in alcuni neoplasmi i quali risiedono a sinistra, il dolore può essere più forte a destra e viceversa. Sono specialmente i tumori pontini e cerebellari che danno origine a spiccate cefalee frontali, come del pari i tumori frontali producono squisiti dolori occipitali: incongruenze meno frequenti negli ascessi cerebrali. Più spesso accade che, in seguito a gravi contusioni craniche, il dolore localizzato nel punto che fu sede del trauma, rimanga allo stato di topalgia puramente funzionale.

Bisogna intanto stare attenti di non confondere i dolori circoscritti, dipendenti da malattie del cranio, della dura o dell'encefalo, con i cosidetti *dolori riflessi* dipendenti da disturbi viscerali. Essi hanno punti determinati sulle varie zone del cranio (parietalis, occipitalis, del vertice) e sono talvolta così delicati, che basta il semplice pett'narsi o tirarsi su i capelli, per produrre una intollerabile molestia.

Un altro elemento da indagare nello studio del dolor di capo si è se questo sia più forte *al mattino o a sera o nella notte*. I dolori di capo squisitamente notturni o pomeridiani sono segnacoli di un processo luetico endocranico; laddove cefalee miti, e che molestano i malati più specialmente nelle ore del mattino, sono generalmente di origine neurastenica.

Ma anche in siffatte contingenze non si possono dettare regole generali, poichè, talvolta, si osserva il contrario; come non è raro che nevrastenici, i quali lavorano lungamente durante la giornata, si lamentino che sono proprio le ore della sera in cui incalza la cefalea. E ove ciò si verifichi in persona esaurita, o, da un tempo più o meno lungo, infetta da lues, le difficoltà aumentano, perchè può trattarsi di una neurastenia cerebrale in sifilitico o di un'incipiente cefalea luetica.

L'oscillare della cefalea in quanto alla natura, alla gravità, alla durata del dolore è un indice diagnostico, in quanto è sopratutto nei luetici che si constatano le maggiori oscillazioni.

Nè è indifferente sapere se una donna soffra di mal di capo solo nel periodo mestruale, se le cefalee dapprima rare si fanno con l'andar degli anni sempre più frequenti, fino a diventare continue. Casi di tal genere sono quasi sempre determinati da aumento del liquor e si curano con la puntura lombare evacuatrice.

Occorre indagare se prima o durante l'acme dell'attacco insorgano altri disturbi (fosfeni, scotomi scintillanti, visioni di campi fortificati, ambliopie, emiopia, macro- e micropsie, ecc.) che caratterizzano l'emicrania oftalmica. Indagare al riguardo se nella storia del paziente vi sono forme convulsionarie per accertare se si tratti di emicrania pura, di emicranie alternantesi con l'attacco epilettico, o di semplici prodromi o aure della crisi comiziale. Nè bisogna trascurare di ricercare le cause occasionali degli accessi, le quali possono essere costituite dall'imminenza delle mestruazioni, dai lunghi viaggi in ferrovia, dai prolungati soggiorni in luoghi chiusi, ecc.

Va anche ricordato che la cefalea ha la sua origine in cause tossinfettive. Al riguardo è consigliabile di non trascurare mai, anche nei giovani, l'analisi metodica delle urine: *è noto quanto ostinati siano i dolor di capo nei diabetici;* e come *molti nefritici cronici si lamentino pure di gravi cefalee.* Se il paziente è obeso ed oltre la quarantina (specie nelle donne) conviene appurare se sia abitualmente stittico, in quali ore mangi a preferenza, se i pasti serali siano copiosi, se innaffiati con molto vino coronato con un *dêssert* di diecine o più di sigarette: e, dopo una estenuante investigazione, il malato stesso dovrà a malincuore riconoscere che il dolor di capo è tanto più forte quanto maggiori sono state le libazioni, quanto più ricca è stata la ingestione della carne, sopratutto se suina.

Alle persone anziane o vecchie che sono afflitte da un dolore gravativo del capo, si chiegga loro se il disturbo è accompagnato da fenomeni congestivi di tutta la regione cefalica (rossore del viso, battimento delle arterie temporali); fenomeni denotanti alterazioni delle arterie cerebrali, e non di rado forieri di emorragie e di malacie cerebrali.

S'insisterà ripetutamente per poter sapere dal paziente se abbia o no contratta la sifilide e da quanto tempo. Quando tale infezione venga negata occorre far domande atte a chiarire indirettamente questo punto (caratteri peculiari della cefalea, dolori notturni allo sterno, alle tibie, aborti, ecc.), e ricorrere eventualmente all'esame del sangue e del liquor.

È da ricordare anche che le cefalee, specie quando il dolore è sopraorbitario, possono dipendere da vizi di refrazione, e che possono scomparire con l'opportuna correzione; che possono essere dovute anche ad altre malattie od

anomalie oculari, dalla insufficienza dei muscoli esterni all'astigmatismo, all'ipermetropia, al glaucoma, affezioni tutte che si annunziano spesso per mezzo della cefalea.

Non è raro che una cefalea si accompagni a vomito, a vertigini, a paracusie e a disturbi psichici, in una parola faccia parte di una sindrome che farebbe sospettare un incipiente tumore cerebrale. Qui la puntura lombare rende servizi inestimabili. Fuoriuscito il liquido, non si può lì per lì dare un giudizio alcuno: è necessario attendere parecchi giorni, poichè se il dolore torna a ricomparire dopo qualche giorno, può ritenersi che si abbia a fare con un tumor cerebri, ma non si può escludere la cefalea luetica. Chè, se il dolor di capo tarderà molto a ritornare, è verosimile (non certo), che si abbia a fare con una meningitis serosa.

Fra questi ambagi del diagnostico giunge allora a proposito l'esame sistematico del liquor. E difatti oggi sappiamo che nella *meningitis serosa* la pressione del liquor è sempre aumentata (da 50-60 cm. di H_2O si giunge fino a 110 del manometro di Claude); la caratteristica della pressione poi, secondo le ricerche del dott. Ayala, consiste nell'abbassamento graduale dopo estrazioni di forti quantità di liquor. Il tasso dei cloruri e dello zucchero è normale; tale spesso è anche l'albumina totale; secondo le osservazioni del dott. Pisani, solo nel 15,6 % si nota un aumento (oscilla tra gr. 30 e 50 ‰); negative le reazioni delle globuline (Nonne, Pandy e Weichbrodt) e del mastice. Il numero delle cellule o è normale o lievemente aumentato (di rado forte linfocitosi e lieve polinucleosi); la R. W. (nel liquor) è sempre negativa.

Nella *meningitis tubercularis* la pressione del liquor è fin dall'inizio alta (50-70 cm. di H_2O). Esso è limpido e in genere incolore: a volte però, quando contiene un gran numero di cellule, è torbido; eccezionalmente è emorragico.

Costante è la presenza di fibrina che si deposita sotto forma di *reticolo*. Il tasso dei cloruri o del glucosio è diminuito. L'albumina totale è aumentata: secondo le ricerche di Pisani l'iperalbuminosi si trova nel 100 % (il tasso dell'albumina oscilla fra gr. 5,30 e 16,6 %). Quasi costante (92,3 % dei casi) la iperglobulinosi (le reazioni di Nonne e di Pandy fortemente positive, quella di Weichbrodt negativa). Forte ipercitosi e squisitamente linfocitaria (80-150 e più cellule per mmc.). Le reazioni colloidali, nella maggior parte dei casi, danno curve a tipo meningitico. Positivo il reperto del bacillo di Koch nel 100 %.

Nei *tumores cerebri* la pressione del liquor è fortemente aumentata (fino a raggiungere 70-120 cm. di H_2O). La quantità di liquido estraibile, per condurre la pressione alla norma, è scarsa. Il quoziente rachidiano del dott. Ayala ($\frac{Q\ F}{I}$ = q. r.) cioè il rapporto fra la quantità di liquor estratta (Q) la pressione residua (F) e la pressione iniziale (I) in genere è basso (2,25-4,55): criterio importante nella diagnosi differenziale fra questa forma morbosa e la meningitis serosa, ove il quoziente rachidiano è quasi il doppio di quello che si ha nei tumori cerebrali. Il liquor poi è incolore o leggermente giallognolo.

L'albumina totale e la globulina sono spesso aumentate: le reazioni colloidali danno per lo più curve caratterizzate da flocculazione nelle diluizioni medie. Le cellule sono scarsamente aumentate; si nota anzi una sproporzione fra l'aumento della albumina e la citosi che è normale o lievemente aumentata (sindrome di Nonne). La R. W. è negativa.

Infine, nella lues *cerebro-spinale*, pur essendo la sindrome umorale diversa nelle varie forme di sifilide cerebro-spinale, a seconda della diffusione del processo morboso, si può tuttavia farne un quadro unico, tenendo conto del fatto che le maggiori alterazioni si notano nelle meningo-encefaliti acute e le minori nelle arteriti, nelle quali si può avere perfino un liquor normale.

La palpazione del capo può mettere in evidenza induramento e dolenzia dei punti d'inserzione del trapezio, dello splenio, dello sternocleidomastoideo: si tratta allora di una forma reumatica cui Edinger dette il nome di cefalea indurativa.

L'oftalmoscopia può essere un ausilio prezioso per svelare la causa d'una cefalea. La papilla da stasi è indice di tumore cerebrale, quantunque è noto che i neoplasmi di alcune regioni (ponte, regione sottorolandica) possono decorrere per lungo tempo senza modificazioni del fondo oculare.

L'esame del naso, dei seni frontali non va trascurato in quanto è risaputo che lesioni delle dette parti possono provocare cefalee ostinate.

Nei casi infine gravi per la intensità e durata della cefalea conviene ricorrere all'esame radiologico per svelare eventuali lesioni traumatiche del cranio, le modificazioni subìte dalla lamina quadrilatera, dalla sella turcica come effetto di sviluppo di tumori.

Dr.

Disturbi del sonno nei bambini.

(F. Hamburger. *Munchner med. Wochenschr.*, n. 47, 1925).

I disturbi abituali del sonno disturbano o l'atto dell'addormentarsi, oppure il sonno stesso. Nel primo caso i bambini riescono ad addormentarsi soltanto in date condizioni di ambiente o se essi

possono eseguire determinati atti (succhiare il dito, avere in mano un determinato giocattolo); altre volte senza alcuna ragione evidente, i bambini restano svegli per ore prima di addormentarsi. I disturbi del sonno propriamente detti si possono manifestare con o senza che il bambino si svegli; il secondo caso è il più frequente. I disturbi dipendono allora da sogni che i bambini poi non ricordano e che si manifestano anche nel sonno profondo. I disturbi determinati da questi sogni sono il pavor nocturnus, il sonnambulismo, l'enuresi notturna, il digrignamento notturno dei denti, l'eclampsia notturna, e anche tosse, dolori di ventre, vomito (equivalenti del pavor nocturnus). Di solito i sogni sono determinati dal ricordo di avvenimenti diurni. Questi disturbi del sonno sono indubbiamente collegati coi sogni; non è però sicuro che i sogni siano proprio la causa prima. Così p. es. è possibile che la vescica, anche leggermente riempita, determini automaticamente stimolo ad urinare e che questo stimolo, trasformato in una corrispondente rappresentazione onirica, determini durante il sonno lo svuotamento dell'urina.

Un'altra forma di disturbi del sonno è rappresentata dallo svegliarsi con insonnia successiva. L'insonnia dura per ore, e spesso si manifesta ogni notte. Tra le forme con e quelle senza lo svegliarsi esistono numerose forme di passaggio.

Per evitare i disturbi del sonno è necessario far condurre ai bambini un tenore di vita razionale: evitare tutto ciò che eccita la loro fantasia, non condurli a teatro nè al cinematografo, ecc.; alimentarli con dieta mista, semplice, possibilmente vegetariana, senza troppo latte, e curando che il pasto della sera sia scarso.

La cura è sempre suggestiva; il medico deve assicurare fermamente il bambino della pronta guarigione del suo stato, se le sue prescrizioni verranno eseguite. Nei primi due anni si può fare a meno di medicine, adottando razionalmente castigo e ricompensa, p. es. facendo sparire e ricomparire un giocattolo a seconda che sia comparso o no il disturbo del sonno. Nei bambini più grandi si usano medicamenti sulla cui efficacia si deve insistere con sicurezza. È utilissima la somministrazione di tintura di valeriana o tintura amara poco prima dell'addormentarsi; la somministrazione va fatta quando già il bambino è a letto e si sono compiute tutte le azioni abituali della sera (lavarsi, preghiera). Se il rimedio è inefficace, prima di abbandonarlo è bene aumentarne la dose, fino a 20-30 gocce.

In alcuni casi è necessario ricorrere ad un metodo di cura che impressiona il bambino per la sua dolorosità, la faradizzazione. Non si deve però dare l'impressione al bambino di usare tale cura come punizione, ma soltanto come cura necessaria.

In alcuni casi tutti questi metodi si dimostrano inefficaci: è allora necessario adottare il metodo più radicale e sicuro, cioè il cambiamento di ambiente, efficace anche nei piccoli bambini.

POLLITZER.

VIE URINARIE.

L'ostruzione valvolare congenita dell'uretra posteriore.

(F. HINMAN e A. A. KUTZMANN. *The Journal of Urology*, vol. XIV, n. 2).

Si tratta di una condizione patologica propria dell'infanzia. Spesso non viene riconosciuta o lo viene troppo tardi, quando già gli effetti della stasi dell'orina hanno apportato irreparabili danni ai reni.

L'A. ne riferisce sei casi, da lui osservati nell'uomo e un caso osservato in un maiale, usato come animale da esperimento, nel quale si rinvenne una idronefrosi bilaterale con idroureteri, in seguito a una malformazione dell'uretra posteriore, molto simile a quelle osservate nell'uomo.

I casi furono tutti dagli AA. diagnosticati per mezzo dell'esame uretro-cistoscopico. Quattro dei pazienti erano al disotto di 10 anni di età, uno aveva 18 anni e uno 57 anni. In un solo caso i sintomi datavano dalla nascita, mentre in un altro solo da due settimane. Uno dei malati morì di uremia.

Coll'esame radiologico si vide in tutti una vescica ipertrofica con idronefrosi e idrouretere uni- o bilaterale. Gli AA. ritengono questo quadro come patognomonico.

Young ha distinto tre tipi di ostruzioni valvolari.

1) Presenza di una o due formazioni valvolari, a nido di rondine, estese dal veru montanum all'unione dell'uretra bulbare coll'uretra membranosa.

2) Formazioni valvolari simili al tipo 1, ma estese dal veru montanum in direzione del collo vescicale.

3) Presenza di diaframmi a iride attaccati più o meno completamente a tutta la circonferenza dell'uretra.

Dei sei casi degli AA. cinque rientrano in questi diversi tipi. In uno e precisamente in quello seguito da morte, nel quale fu praticata l'autopsia si trattava di una complessa malformazione del collo vescicale comprendente lo sbocco anomalo dell'uretere sinistro nell'uretra. Gli AA. hanno curato i loro malati distruggendo le formazioni valvolari, sia con un'ansa galvanica per le

vie naturali, sia per via suprapubica. In un caso hanno anche eseguito una cistotomia perineale.

Vengono riferiti i 50 casi simili esistenti nella letteratura. Di essi il 62 % si ebbero prima dei 10 anni di età. Il 64 % rappresenta un reperto di autopsia, però mentre prima del 1919 solo in 3 casi era stata posta la diagnosi clinica, dopo ne sono stati riferiti ben 18 diagnosticati in vita. Circa la metà (24) si possono far rientrare nel tipo 1 dalla classificazione di Young.

Ecco le ipotesi formulate per spiegare la produzione di queste valvole. Tutti gli autori sono concordi nel ritenerle malformazioni congenite. Tolmatschew (1870) le ritenne simili ai solchi e alle pieghe che si rinvengono normalmente nella mucosa uretrale, Bazy (1903) pensò che fossero vestigia del diaframma urogenitale. Lowsley (1914) le considerò formazioni anomale in dipendenza dei dotti di Wolff e di Müller. Watson (1918) studiando lo sviluppo del veru montanum riscontrò in un feto di 14 settimane, tre bande fibrose estese fra la parte più sporgente del veru e la parete superiore dell'uretra, e le considerò come i fattori etiologici delle malformazioni valvolari. Glingar infine ammette una proliferazione dell'epitelio del tetto del seno uro-genitale con aderenze alla opposta parete.

I sintomi sono dovuti alla ritenzione che gradualmente distende enormemente la vescica e poi forzando i meati ureterali produce cospicui idroureteri e idronefrosi. Nei casi meno gravi i sintomi non si rendono evidenti finchè non sopraggiunge una infezione. Così si spiegano quei casi nei quali la sintomatologia è comparsa nell'età adulta.

L'anamnesi aiuta molto nella diagnosi. Una storia di ritenzione o difficoltà nella minzione nell'età infantile deve far sorgere il sospetto di una malformazione congenita dell'uretra posteriore. La diagnosi si fa con maggiore precisione coll'uretro-cistoscopia che permette di vedere direttamente la lesione. La vescica si presenta a colonne con sbocchi ureterali beanti, e spesso con diverticoli. Spesso cercando di fare una cistografia si ottiene un riempimento per reflusso del liquido opaco di tutto l'albero orinario.

Questo fatto in un bambino è patognomonico di una ostruzione valvolare. Altre cause congenite di ostruzione dell'uretra posteriore sono la ipertrofia congenita del veru montanum, l'atrofia della prostata e i restringimenti congeniti.

La cura consiste nella rimozione dell'ostacolo sia per le vie naturali che per via soprapubica. La prognosi è naturalmente dipendente dallo stato dei reni, più o meno danneggiati dalla stasi urinosa e da eventuali infezioni ascendenti.

MANFREDO ASCOLI

Prostatectomie ritardate e prostatectomie d'urgenza.

(PASTEAU. *Paris Médical*, n. 31, 1925).

L'A. dopo aver ricordato come gli interventi curativi praticati contro l'ipertrofia della prostata abbiano profondamente modificato tutta una parte della patologia urinaria, ricorda come la calcolosi secondaria si sia fatta molto più rara, poichè la vescica che si vuota bene e che, conseguentemente con minore facilità va incontro all'infezione, difficilmente dà origine alla calcolosi. Il modo di intervenire oggi giorno non si discute più, poichè su questo punto tutti gli autori sono d'accordo.

La via perineale è stata abbandonata mentre la prostatectomia soprapubica transvescicale immaginata da Fuller e volgarizzata da Freyer ha trionfato in tutti i casi di ipertrofia semplice della prostata. Un questione invece che rimane all'ordine del giorno è la seguente: a quale periodo della malattia occorre praticare la prostatectomia.

Il Guyon, con la sua indiscussa competenza sull'argomento, divide la storia clinica dell'ipertrofia della prostata in tre periodi: periodo premunitore, periodo di ritenzione, periodo di incontinenza. Nel primo periodo appare la frequenza delle minzioni: pollachiuria di origine congestizia con disuria, diminuzione di forza nel getto dell'urina; nel secondo periodo si manifesta la ritenzione acuta e si rende evidente più o meno silenziosamente la ritenzione cronica completa o incompleta con tutto il quadro dei disturbi gastro-intestinali: inappetenza, sete intensa, secchezza della bocca, digestioni faticose, poliuria dovuta all'eccitazione riflessa dei reni e al difettoso funzionamento del loro potere secretivo. Nel terzo periodo compare l'incontinenza vera. I malati orinano per rigurgito ed è allora che l'infezione appare sovente complicando la sindrome con febbre e brividi, turbe digestive, nausee e vomito. La poliuria torbida segue la poliuria limpida e le condizioni generali vanno sempre più decadendo.

In tutti i periodi la prostatectomia trova la sua indicazione. Nel primo periodo i malati stessi alcune volte domandano di essere sbarazzati della prostata se la ghiandola specialmente ha raggiunto un certo volume e se le turbe funzionali sono accentuate è bene approfittare delle buone condizioni del paziente per intervenire e non attendere le complicazioni alle quali fatalmente è esposto. Nel secondo periodo la ritenzione rappresenta una indicazione precisa poichè l'operazione, sopprimendo i sintomi gastro-intestinali, riporta il malato in condizioni generali buone. Nel terzo periodo poi a più forte ragione l'intervento trova

la sua razionale indicazione, poichè la scomparsa della ritenzione, dell'infezione e dell'intossicazione generale nonchè evitare i dolorosi sondaggi fa tornare il paziente in condizioni di quasi completo benessere.

Carlier per il primo nel 1907 ha dimostrato che negli individui infetti si può abbassare di molto la gravità operatoria operando in due tempi assistendo così dopo la semplice cistostomia a vere resurrezioni in prostatici in cui le condizioni generali erano disperate. Nell'anno stesso il Pouchet chiamò la prostatectomia in due tempi metodo di scelta per i prostatici in cui la ghiandola si presentava di medio volume e le urine erano torbide. L'A. nel 1909, ricorda come egli abbia insistito sul fatto che tutte le controindicazioni della prostatectomia dovute alle condizioni dei polmoni, dei reni e del cuore, alla presenza del diabete possono scomparire a poco a poco con un razionale trattamento.

Aumentando quindi il numero delle prostatectomie ritardate si può non poco ingrandire il campo dell'intervento chirurgico diminuendone i rischi operatori. La prostatectomia quindi in due tempi permette di operare i malati che altrimenti non lo potrebbero senza grave danno, l'operazione infatti dà meno sangue perchè la prostata è meno congesta. Le grandi prostate in genere si presentano meno voluminose quando si pratichi il secondo tempo di quello che siano nel momento che si fa la cistostomia. Un altro punto interessante per la pratica è determinato dal periodo di intervallo che vi deve essere fra i due interventi. Il Pauchet, nel 1907, affermò che bastavano 15 giorni di intervallo, altri proposero tre mesi, ma quello che certo si è che l'intervallo è subordinato alle condizioni generali del paziente e alla funzionalità renale.

La prostatectomia di urgenza è stata preconizzata in due differenti complicazioni: nella distensione vescicale con orine chiare e nell'emorragie di origini prostatiche. Nella distensione vescicale con le orine chiare considerando i danni del cateterismo, si è praticata l'apertura della vescica e si è asportata d'emblée la prostata con risultati abbastanza buoni. (Pauchet, Escat, Michon, Legueu). L'A. però, considerando che tale pratica è un po' arrischiata, consiglia di operare in due tempi.

Nelle grandi emorragie dei prostatici si riscontra la vera urgenza. Il malato può anzitutto presentarsi in stato di grande distensione, ha emesse urine chiare senza il cateterismo; si pratica la cistostomia e si trova la vescica piena di coaguli. Si asportano, e l'emorragia continua. In questo caso non resta che levare la prostata come fece Escat, con ottimo risultato.

Nel caso che il malato sia un prostatico che sanguina l'aspirazione dei coaguli riesce infruttuosa. Si pratica allora la cistotomia e si asporta la prostata. In tale circostanze furono operati 16 pazienti con 10 guarigioni. Quindi tutte le emorragie che si manifestano nel corso dello sviluppo della ipertrofia semplice della prostata debbono essere, senz'altro, trattate d'urgenza con la prostatectomia, che è il solo mezzo per salvare il paziente da morte certa a distanza più o meno breve. La prostatectomia, perciò, di urgenza dovrà considerarsi come una operazione sulla quale il chirurgo può fare grande assegnamento.

T. LAURENTI.

ORGANI RESPIRATORI.

La tecnica della toracoplastica extrapleurica.

(MORRISON DAVIES. *Brit. J. of Surgery*, luglio 1925).

L'idea di mobilizzare la parete toracica in affezioni polmonari spetta a Quincke e a Spengler (1888-1890).

Nel 1907 Friedrick fece per Brauer la prima decostalizzazione unilaterale del torace (alta mortalità).

Wilms (1911), riconoscendo che i pericoli della Brauer-Friedrick dipendevano dalla rimozione completa del supporto osseo di una metà de' torace, ideò la sua operazione, che consiste nella resezione di 2-4 cm. della parte posteriore delle prime otto costole traverso un'incisione paravertebrale e in seguito nell'asportazione delle prime cinque cartilagini costali traverso un'incisione parasternale.

Sauerbruch intuì che il fattore essenziale per avere il collasso del polmone è la escissione di un tratto di tutte le costole, includendo la prima e quanto più vicino al processo trasverso dell'e vertebre (Toracoplastica extrapleurica paravertebrale di Sauerbruch). Brauer e Friedrich seguono anch'essi la tecnica di Sauerbruch; differisce solo la quantità di osso rimosso.

Tecnica. Tenere il paziente in riposo in letto per dieci giorni. Non operare se ci sono affezioni intercorrenti (coriza, diarrea). Svuotare i polmoni della loro secrezione (espettoranti, posizione adatta). L'A. dà dei tabloidi di adrenalina durante questi dieci giorni.

Mentre fino ad ora la maggior parte dei chirurgi operava con anestesia locale e anche adesso Brauer e Wendel, molti chirurgi oggi, ad evitare lo shock operatorio, usano l'anestesia generale.

Anche Brunner è di questa opinione. La maggior parte dei chirurgi (Sauerbruch, Brunner, Bérard) usano anestesia locale se c'è molto espettorato (da 30 a 50 cmc. per diem) o se c'è dispnea, altrimenti l'etere. Si usa di solito novocaina-adrenalina. Bérard preferisce l'anacaina la cui azione anestetica dura 36-48 ore. Sauerbruch non eccede la quantità di 200 cmc. di novocaina 0,5 %. L'A. combina l'anestesia locale con la generale (cloroformio). Per evitare i dolori post-operatori che rendono difficile al paziente di espettorare, l'A. inietta in ciascun nervo dell'alcool assoluto. Anche altri iniettano alcool o resecano tratti di nervo.

Tempi dell'operazione. Sauerbruch la fa di solito in due tempi, così pure Nyström, Jacobaeus e Key. Se l'operazione è fatta in due tempi, nel 1° si resecano le coste dall'11ª alla 5ª, nel 2° dalla 4ª alla 1ª. Il 2° tempo viene fatto dopo 2-3 settimane; non attendere troppo perchè non si riformi osso dal periostio lasciato.

Brunner preferisce l'operazione in un tempo, sia dal lato tecnico che da quello meccanico, purchè il paziente sia afebbrile, il processo tbc. sia lento con piccole cavità e scarso sputo, le condizioni generali e cardiache buone.

L'A. si comporta secondo le condizioni del paziente sia prima che durante l'intervento.

Incisione. L'incisione paravertebrale di Sauerbruch va dal margine superiore del trapezio in basso fra scapola e vertebre (8-10 cm. dalle apofisi spinose, a braccio tenuto lungo il torace), e si incurva sulla 11ª costa fino all'ascellare posteriore. Brauer pratica sulla incisione verticale una trasversale lungo la 1ª o 2ª costa (specialmente utile nella operazione in 2 tempi). Wendel comincia l'incisione dall'altezza della 4ª costola e asporta le costole superiori, tunnelizzando sotto il trapezio.

Di solito si asportano tratti delle prime dieci coste. Brauer lascia talora la prima costola se v'ha molta retrazione dell'apice. L'asportazione della prima costola è però molto importante. Dopo la resezione i monconi costali liberi si avvicinano alle vertebre, si abbassano (dell'altezza di 1-2 vertebre), il centro della costa si avvicina alla linea mediana.

Resecando anche un tratto dell'11ª costola, secondo Sauerbruch e Brunner e altri, si ha un rilasciamento e un'ascensione del diaframma. L'A. non reseca l'11ª costola (il diaframma contribuisce a sopportare il mediastino). La resezione viene fatta dal basso all'alto.

La resezione costale deve estendersi fino al processo trasverso della vertebra. Si resecano da 2 a 4 cm. della 1ª costa, 6-8 cm. delle tre successive, da 10 a 16 cm. delle tre successive, e poi di nuovo meno per le ultime 2 o 3 coste. Sauerbruch escide in tutto 110 cm., Brauer 125 centimetri, ecc. Brauer dice che tutte le porzioni di costa dinanzi alla scapola debbono essere rimosse.

Tecnica dell'A. Iniezione di diomnopon (1/3 gr.) 20' prima dell'inizio dell'anestesia locale, che è fatta in letto un'ora prima dell'inizio dell'operazione. Usa novocaina 1 % con adrenalina. Dopo l'iniezione lungo la linea d'incisione, fa iniezioni negli spazi intercostali, a cominciare dal basso, di novocaina, e quindi di alcool assoluto. Il paziente giace sul fianco sano sul letto operatorio e gli si inietta morfina e atropina. Lieve narcosi cloroformica, quando il chirurgo è pronto. Incisione di Sauerbruch (operazione in un tempo se le condizioni del paziente lo permettono). Emostasi accurata dei muscoli. Deperiostazione costale dalla 1ª alla 5ª (l'A. ha un proprio raspatorio). Resezioni costali (l'A. ha un proprio osteotomo). Se le condizioni del paziente lo permettono, procedere oltre alla resezione delle 4 costole superiori. Resecata la 1ª costa, si sospende la narcosi. Sutura. Drenaggio tubulare declive.

Medicatura piuttosto stretta, che include il braccio. L'A. fa l'operazione in 40', Sauerbruch impiega 12'-20'.

Cura post-operatoria. Rettoclisi. Posizione semiassisa, appena ciò è possibile. Medicare con precauzione dopo 24 ore (evitare di provocare dolore), continuare il supporto toracico lungamente, sino a che per nuova formazione di osso l'emitorace sia divenuto fisso.

Risultati. Diminuzione, talora rapidissima, della tosse ed espettorazione; i segni obiettivi posson anch'essi attenuarsi rapidamente, o persistere più o meno a lungo. Sauerbruch ha una mortalità del 14 %, Brunner dell'11 %. I due chirurgi hanno guarigioni rispettivamente nel 35 % e 42 % dei casi.

L'A. ha eseguito 25 toracoplastiche (bronchiectasie e tubercolosi). Negli ultimi 12 casi ha avuto una sola morte operatoria; 8 casi sono molto migliorati.

Alexander ha raccolto 1025 casi (1918-1923): guarigioni 32 %; miglioramenti 26 %; peggioramenti o morti rapide 35 %.

Frenicotomia preliminare. Sauerbruch propone l'avulsione del frenico prima della toracoplastica, per saggiare la capacità del polmone sano. Tale operazione, di cui molti altri negano l'utilità, sarebbe specialmente indicata quando esistono delle caverne di un certo volume.

A. CHIASSERINI.

STORIA DELLA MEDICINA

Nel centenario del medico poeta Francesco Redi.

Prof. MASSIMILIANO CARDINI
docente di Storia della Medicina (Firenze).

Trecento anni or sono nasceva in Arezzo — dal medico Gregorio Redi e da Cecilia dei Ghiuci, l'uno e l'altra di nobile famiglia — l'uomo, la cui fama tanto varcò i confini della patria terra, che il Magalotti affermava di avere egli stesso constatato come le opere di lui avessero trovato « altari e culto » fin nell'ultimo settentrione, avendole egli « trovate in qualità di oracoli in Uplandia, in Upsalia, in Albò, in Finlandia » ed in altri lontani paesi.

Senza dubbio giovò a lui il favore ch'ei trovò presso i Medici: i grandi signori di Firenze, cui forse nessun altro signore italiano o straniero agguagliò nel merito del favorire le scienze, le lettere e le arti; sì che Firenze non può non conservare perenne grata memoria a questa grande famiglia, che le dette tanta parte del suo splendore. Nè ciò va dimenticato, quando si sa quanti ingegni e quanti grandi cuori abbiano naufragato, rimanendo pressochè inutili od oscuri, per le avversità da cui furono combattuti.

Gli giovò anche il tempo in cui visse, così propizio a quel rinascimento scientifico, che, iniziatosi con gli anatomici del '500 (per non andar più lontano, al '400 e financo al '300 con Taddeo Fiorentino) ricevette così vivo impulso dalla divina mente del Galilei, che del metodo sperimentale fu l'assertore più grande e, pur facendo fare un passo da gigante alle scienze fisiche — quasi da lui rinnovellate —, contribuì cotanto al progresso delle scienze naturali e biologiche.

E anche gli fu favorevole quell'ardore per ogni nuova scoperta, per cui pur da grandi personaggi avidamente si ricercavano prodotti o trovati rari, e fin nelle quiete celle monastiche (ce n'è testimonio l'epistolario della figlia di Galileo al genitore suo) si poteva andare in visibilio per l'*occhiale* galilejano, disvelante un nuovo mondo agli occhi ed alle menti degli uomini, sempre avidi, sì, di filosofare, ma desiosi di accostarsi ancor più alle cose di questo mondo e fidenti — con l'ingrandire delle forme e col disvelarsi delle strutture — di penetrare alcun poco nel terribile mistero della vita.

Questo abbiam detto perchè è giusto mettere ogni figura nel suo naturale sfondo, a meglio apprezzarla nella sua vera luce; se pure alcune figure paian saltate fuori, per uno strano miracolo, ad illuminare il mondo per forze tutte lor proprie, come la luce dal buio del caotico mondo della Scrittura. De' quali peraltro potrebbe alcuno dire ch'eglino son quasi le sole anime, in cui tutta condensa e fa apparire la luce quell'oscuro mondo; o che in certi uomini si concentra quella umanità ch'è di tutti i tempi — non più di oggi o di domani che dell'età remotissime — e che in certe epoche appare oscurata da forme e usi, in che sembra consistere tutta la vita di quei tempi. Ma merito grande — se vogliamo, tralasciando il poco simpatico determinismo, vedere in certi uomini alcunchè di quella libera spiritualità, che appare come creazione destinata a modificare il mondo in cui vivono — merito grande fu pure nel nostro Redi, per l'ingegno suo vivissimo e dedito alla osservazione ragionata; per la sete insaziabile del sapere, del ritrovare, del propagare le scoperte e le concezioni sue; per la bontà del suo cuore, che fu veramente grandissima; per la cortesia sua così bella, perchè fatta di semplicità e di naturale cordialità, e quindi diversa dalcortesie e da' modi cerimoniosi, di quel carattesistico secolo; per quel non so che di simpatico che traspare dalla vita sua e che, se innamora chi si dia a studiare, oggi, la figura del Nostro, non potè non legare gli animi di chi a lui visse da vicino, e non creare una folla di ammiratori e di amici, pe' quali le opere e la fama di lui si espansero in poco volger di tempo tra le genti più lontane e civili. Cose, tutte queste, che dovevano giovare al Nostro, come ad altri grandi — per esempio a Marcello Malpighi — potè non giovare un cumulo di circostanze esterne e il carattere loro o la vita che essi condussero.

Il Redi è quasi un Giano bifronte, di cui non sapresti qual sia la vera faccia; se quella del poeta autore del celebre Ditirambo e del letterato — arciconsolo della Crusca e lettore dello studio fiorentino e scrittore elegante e graziosissimo — o l'altra del grande medico riformatore e del naturalista insigne; dell'uomo multiforme che ebbe le lodi dai più grandi francesi del tempo, da' Menagio al Rénandor; il quale dedicando una sua opera al principe Cosimo III ricordava il Redi come l'uomo più dotto di quell'età.

Se non che non giusto veramente parrebbe appellarlo un Giano bifronte, quando le sue due faccie non riguardano da parti opposte, ma son così felicemente fuse insieme, che egli stesso non sapeva se dirsi scienziato o uomo di lettere, e a chi studi men che superficialmente la vita sua il Redi appare veramente un armonico contemperamento delle più belle attitudini di letterato e di artista e di dotto e di scienziato, eccellente — se non egualmente eccellente — in ognuna di queste direzioni dello spirito suo; laonde come la fama è data più specialmente dalle opere lette-

rarie e nelle storie letterarie si tace delle scienze (anco se, in un dato individuo, strettamente unite alle altre manifestazioni della sua intelligenza e dello spirito suo), così più che altro egli è noto nel campo delle lettere, per quanto giustizia voglia che si possa e debba affermare avere esso toccato l'apice della più grande gloria — se pur gloria men nota — nel campo delle scienze naturali. Nelle quali egli ebbe, tra i contemporanei, un grande emulo, Marcello Malpighi; figura veramente gigantesca e per certo lato, nella biologia, a lui superiore per la profondità dello studio e l'importanza delle scoperte; se non per quella genialità, che fa del Redi un uomo del tutto unico, un poderoso lavoratore, che par lavorare *in laetitia* e far quindi apparir facile la questione più difficile. Il che non è piccol merito ed è pregio tutto delle menti toscane e italiane.

Ed egli fu anche, come abbiamo detto, grande medico, anzi il tipo del perfetto medico. Così che ei venne richiesto di pareri dai più grandi personaggi del tempo suo e dalle regioni più lontane; donde vennero que' suoi consulti scritti, che rimarranno sempre un monumento di sapienza e di prudenza, oltrechè di eleganza, di purezza, di eloquio, di brio e di bontà, e che non sarebbero inutile lettura pe' giovani medici, quando — munitisi de' presidi dei ricettari e di tutte quelle altre armi e di molti amminnicoli con cui si lanciano fidenti a sbaragliare le schiere de' morbi — vanno accostandosi a quel santo esercizio della professione, cui fa bisogno più di pregi dell'animo e dell'intelligenza che di sola dottrina e pratica tecnica.

E fu anche sommo naturalista, in quanto, se non arrivò per certo lato all'altezza del grande Malpighi, pur salì ad altezza grandissima nella via dell'esperimento, e sopratutto fermò di esso sperimento il valore, mostrando come quel valore consista solo nella saggezza con che le prove sono instituite e nella sicurezza de' resultamenti ottenuti in prove più e più volte ripeute; corrispondentemente a quel detto del *provando e riprovando*, che fu il cardine su cui si basò l'Accademia del Cimento, sorta per opera del principe Lepoldo e di cui il Nostro fu membro con altri valentissimi del tempo.

Come dire dell'aurea operetta sulle vipere, in cui son condensati i suoi esperimenti e studî sul veleno viperino, ch'ei dimostrò nocivo soltanto se introdotto nella circolazione sanguigna, e innocuo se ingerito per bocca? Come accennare agli esperimenti sulla generazione degli insetti, coi quali ei recava sì fiero colpo alla fisima della generazione spontanea e riportava il pensiero scientifico al principio pitagorico della generazione non spontanea, come la teoria galileiana sul cosmo riportava a Filolao, cioè sempre alla scuola pitagorica, gloria della Grecia e al tempo stesso dell'Italia nostra?

Basti dunque l'avere accennato: come della sua opera medica basti l'aver detto di lui ch'e' fu il perfetto medico senza rivali in Europa, sopra tutto come assertore e applicatore di quella semplificazione nella terapeutica, allora lussureggiante di una selva inestricabile di farmaci i più strani e i più complessi, e per la quale era uso de' medici di scrivere ricette tali — dice il Redi — da doversi misurare colla canna, e così stomachevoli che i medici — egli aggiunge — avrebber dovuto esser condannati ad ingozzarsi prima eglino stessi que' lor guazzabugli: così che sarebbero stati, in seguito, più prudenti nell'ordinarli.

Nato il 18 febbraio del 1626 si laureò il Nostro giovanissimo, in filosofia e medicina nell'Università di Pisa. Dopo una dimora di varî anni in Roma si stabilì in Firenze, dove nel 1655 entrò al servizio de' Medici regnante Ferdinando II, che lo amò grandemente e gli lasciò, pe' suoi studî, maggior tempo che non Cosimo III; sotto il quale tanto fu il lavoro impostogli che — scrive egli in una sua lettera — delle ventiquattr'ore del giorno appena sette gliene rimanessero per mangiare e dormire, e la vita sua fosse tale che avrebbe fatto stupire se egli avesse potuto raccontarla.

Archiatro di Ferdinando II nel 1666, egli con tale officio venne ad avere anche la soprintendenza alla *Fonderia* e *Spezieria*, potendo in tal modo allargare di molto il campo delle sue esperienze e del suo lavoro. Ma già innanzi gli era stata data la carica di accademico della Crusca, di quella nostra benemerita accademia che un ministro non toscano potè reputare inutile e voler soppressa con un tratto di penna: e in essa salì al grado di arciconsolo, in tal carica essendo egli ancora nel 1685, ossia nel suo cinquantanovesimo anno di età. A questa carica si aggiungeva — per volere del principe Leopoldo, che lo aveva fatto accademico — pur quella di deputato alla correzione del vocabolario; e più tardi, nel 1665, egli veniva fatto lettore di lingua toscana nello Studio fiorentino. Sorta officialmente, per volere di Leopoldo, l'*Accademia del Cimento* — che può dirsi un compimento della scuola del Galilei — essa Accademia, già di fatto esistente fin dal 1648, ebbe a suo socio il Redi, insieme col Viviani, col Borelli, col Magalotti, con Carlo Dati, col Rinaldini e alcun altri.

Nel 1697 Francesco Redi moriva lasciando di sè grande rimpianto. Nè è a dire quanti fossero gli

elogi che gli si fecero, definendolo Anton Maria Salvini uomo « che tutto amore era », ed essendo questa sua bontà ed affettuosità veramente il suo precipuo pregio — tanto essa fu grande ed universalmente riconosciuta — ed abbellendo cotal pregio, come di certa sua luce soave, tutta l'opera intellettuale di lui, mentre in altri l'opera dell'ingegno appare così rude e solinga o addirittura estraniata dal cuore.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Governo della Tripolitania. La difesa della salute. Libro per conservare la salute destinato ai Musulmani dell'Africa settentrionale. (Testo in Italiano ed in Arabo). A cura dell'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale. Roma-Tripoli, 1925.

Il governo della Tripolitania ha una volta ancora bene meritato della Patria accogliendo la proposta dell'Opera pia « Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale » e per essa del Commissario governativo prof. Ettore Levi, di riprodurre a vantaggio delle popolazioni arabe soggette all'Italia questo libro del dott. Parrot che l'Istituto Pasteur di Parigi ha dedicato ai Musulmani dei dominii francesi nell'Africa del Nord.

L'Istituto Italiano d'I. P. A. S. con il benevolo consenso del prof. Calmette, direttore dell'Istituto Pasteur, ha curato con molto amore la traduzione italiana e la stampa nelle due lingue (italiano ed arabo) di questo prezioso volume, il quale, ispirato ai dettami del Corano, tende a diffondere fra le popolazioni indigene le norme più elementari dell'igiene sia in riguardo agli uomini che agli animali, così necessari alla prosperità agricola delle colonie.

I primi capitoli: *Sul maggiore di tutti i beni - Sii pulito - Non dimenticare i tuoi doveri di padre - Impara a difenderti delle malattie contagiose - Malattie che si possono evitare* (dalla febbre tifoide alla dissenteria, al colera, al tifo petecchiale, al vaiuolo; dalla tigna alle oftalmie e alla sifilide, ecc.), prendono lo spunto da passi del Corano opportunamente riportati a principio dei capitoli stessi, e così pure l'ultimo (VIII) *Doveri dei capi* in cui è riassunta l'opera che incombe ai capi nella difesa della pubblica salute.

Il capitolo VI è dedicato al modo con il quale debbono curarsi le piaghe, mentre le norme profilattiche contro le più comuni malattie infettive degli animali domestici (afta epizootica, vaiuolo delle pecore, morva, carbonchio sintomatico ed ematico, durina, piroplasmosi bovina, bronchite verminosa delle pecore, scabbia, tripanosomosi del dromedario dell'Africa settentrionale, ecc.), sono succintamente trattate nel capitolo VII e possono costituire per gli agricoltori un'ottima guida per prevenire gl'ingenti danni delle epizoozie così frequenti in quelle regioni.

Non occorre insistere sulla opportunità igienica di questa pubblicazione ed anche sulla sua importanza di ordine più generale, quale pegno dei supremi fini di civilizzazione che l'Italia moderna, erede di Remo e non mai dimentica del vergiliano « pacis impenere morem » si propone per il miglioramento morale e fisico delle popolazioni indigene a Lei soggette. Occorre rilevare invece che lo scopo del piccolo volume può dirsi completamente raggiunto per la savia divisione delle materie e per l'esposizione limpida ed opportunamente adattata alla mentalità araba.

Ben volentieri auguriamo a questa utilissima pubblicazione il maggior successo del quale la fanno meritevole gl'ideali a cui fu ispirata ed il modo veramente pratico con cui è stata condotta.

V. MONTESANO.

R. Università di Pavia. Istituto di Patologia Speciale Chirurgica Dimostrativa (prof. G. FICHERA, direttore). *Studii e ricerche*, 1924-25. Pavia, Tip. Mario Ponzio, 1925.

Un gruppo di 33 lavori usciti dall'Istituto diretto dal Fichera nel corso di un solo biennio, e raccolti in volume, attesta il poderoso impulso impresso dall'insigne patologo alle ricerche scientifiche e cliniche. Concernono i più diversi campi della patologia. Sono dovuti allo stesso Fichera e ad una serie di allievi di valore: N. Piccaluga, T. Accardi, S. Cioffari, G. Montemartini, G. C. Peracchia, G. Pacetto.

Si tratta di una magnifica affermazione, che andava segnalata.

R. D.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

VII Congresso della Società Internazionale di Chirurgia.

(Continuazione e fine, v. num. prec.).

V *Seduta Scientifica.*

(R. Accademia Medica al Policlinico).

Nel pomeriggio alle ore 14 il presidente riapre la seduta dando la parola al prof. LEOTTA, che risponde ai vari oratori, a M. PATEL ed al prof. SILVESTRINI in ispecial modo che hanno sostenuto la splenectomia nella splenomegalia malarica. Le ragioni addotte da questi oratori relativamente al pericolo della cirrosi epatica splenomalarica ed al vantaggio di guarire la malaria sono destituite

di ogni valore per le ragioni cliniche ed anatomo-patologiche che ha già riferite e che ha scritto nella sua relazione.

Non ammette, come ha voluto sostenere il prof. SILVESTRINI, che si debba splenectomizzare nella leishmania perchè queste forme guariscono perfettamente con l'antimonio.

È decisamente contrario al taglio di Kehr a sinistra che sostiene il Silvestrini perchè paralizza il muscolo retto.

Terminata la discussione sulla chirurgia della milza, il colonnello prof. PICQUÉ della Sanità Francese, giunto in aeroplano a Roma, tenne una brillante conferenza sull'aviazione sanitaria francese, facendo seguire all'esposizione due interessanti films che illustrarono ai congressisti l)impiego dell'aviazione al trasporto dei feriti sia nella Francia stessa che nella recente guerra del Marocco.

Il brillante conferenziere vivamente applaudito invitò quindi i congressisti per il mattino seguente a Centocelle ove mostrò effettivamente col suo Bréquet i vantaggi dell'aeroplano sanitario.

*
* *

Il presidente sen. GIORDANO dà la parola ai relatori dell'ultimo argomento che devesi trattare:

L'ascesso del fegato.

Salutato da un cordiale applauso sale alla tribuna il prof. DOMINICI (Sassari), che dopo aver accennato a larghi tratti la patogenesi e la classificazione, l'anatomia patologica, la diagnosi, la prognosi e la cura dell'ascesso epatico, argomenti largamente trattati nella sua relazione, conclude schematicamente con le seguenti parole:

1) Gli ascessi del fegato debbono essere distinti in due grandi gruppi: *a) ascessi piogenici; b)* così detti *ascessi amebici* che nelle forme pure non sono ascessi, ma piuttosto raccolte di un prodotto necrobiotico colliquato e che perciò sarebbe più esatto chiamare *epatiti necrobiotiche colliquate*. Gli ascessi amebici autoctoni sono abbastanza frequenti in Italia, non solo nei paesi del sud ma anche in quelli del nord. La statistica italiana di casi inediti che io ricordo comprende 140 casi curati in Italia (oltre a 124 nella nostra colonia della Cirenaica).

2) La diagnosi differenziale tra *ascessi epatici piogenici ed epatiti necrobiotiche colliquate (ascessi amebici)* si fonda sulla ricerca della malattia che può essere stata il punto di partenza delle infezioni piogene (trauma), appendicite, ileo-tifo, ascaridiosi, infezioni generali, ecc. ecc.) o della infezione amebica (dissenteria amebica) sul decorso della malattia in genere più acuto nelle forme piogeniche che in quelle necrobiotiche colliquate; sullo stato del malato che per lo più presenta le condizioni generali del malato acuto nell'ascesso piogenico, del cronico nell'epatite necrobiotica colliquata sul volume della raccolta (le raccolte voluminose sono proprie della infezione amebica); sull'esame del sangue (la polinucleosi elevata è propria degli ascessi piogenici mentre nelle epatiti necrobiotiche pure, non complicate cioè da una infezione piogenica secondaria, la polinucleosi non esiste od è modica (forse in queste raccolte prevale la monucleosi); sulla puntura esplorativa che quando non si è accertata la diagnosi e si può sospettare che trattasi di un ascesso piogenico deve essere fatta in camera operatoria di modo che se si estrae pus si possa intervenire subito; sull'esame del liquido estratto che negli ascessi piogenici è un vero e proprio pus, e nell'epatiti necrobiotiche colliquate è fondamentalmente una sostanza necrobiotica con scarsi leucociti mentre la sostanza necrobiotica con molti leucociti e molti germi è propria dell'epatiti necrobiotiche colliquate complicate da una infezione piogenica secondaria; eventualmente sul trattamento emetinico di prova.

3) Gli *ascessi piogenici* possono essere curati con probabilità di successo soltanto coll'intervento chirurgico. Bisogna sotto questo punto di vista distinguere gli ascessi unici e gli ascessi multipli. Gli ascessi piogenici unici vanno curati coll'apertura ed il drenaggio della raccolta; soltanto in casi rari di ascessi piccolissimi, come quelli da ascaridi, si potrà forse tentare l'asportazione in massa dell'ascesso e la sutura del parenchima epatico (MAKAI). La cura chirurgica degli ascessi piogenici multipli è difficile e di rado riesce a salvare la vita del paziente: in quelli da calcolosi ed infezione delle vie biliari si faccia il drenaggio delle vie biliari, si incidano e si drenino gli ascessi di grande dimensione, se ve ne sono; negli altri casi (da appendicite ad esempio) è stato tentato, aprendo larghe vie di ascesso, l'apertura ed il drenaggio degli ascessi più grandi, la lacerazione per via ottusa del parenchima epatico in corrispondenza degli ascessi piccolissimi in modo da trasformarli in una saccoccia unica che poi è stata drenata. Negli ascessi multipli pioemici è meglio astenersi da qualsiasi intervento.

4) Oggi dobbiamo ritenere che le *epatiti necrobiotiche colliquate* (così detti *ascessi amebici*) siano prodotte dall'azione della Entamoeba histolytica, sebbene l'accordo in proposito non sia unanime. I batteri in queste forme rappresentano una infezione secondaria e, quando esplicano una azione virulenta, costituiscono una complicazione che deve modificare il criterio terapeutico.

5) La cura delle *epatiti necrobiotiche colliquate (ascessi amebici)* può essere o esclusivamente medica (emetina ed eventualmente insieme novarsolo, stovarsolo, ecc.) o mista (medica più epatocentesi ripetute od epatotomia e drenaggio). La sola cura medica deve essere applicata nelle forme di ascessi amebici puri con scarsi leucociti senza batteri o con scarsi batteri, specialmente nelle raccolte di piccolo volume. L'epatocentesi ripetute associate alla cura emetinica sono utili nelle raccolte molto voluminose e quando le condizioni del malato sono gravi, per abbreviare la cura o

per affrettare la guarigione, l'epatotomia con drenaggio associata alla cura emetinica deve essere applicata in quelle forme di ascessi amebici nelle quali la complicazione della infezione batterica secondara ha esplicato un'azione virulenta ed il liquido estratto con la puntura esplorativa pur rimanendo fondamentalmente necrobiotico contiene molti corpuscoli di pus e molti batteri.

La conferenza del prof. DOMINICI attentamente seguita è assai applaudita.

Segue alla tribuna il prof. PEDRITIS (Alessandria d'Egitto).

L'O. basa la sua relazione sulle osservazioni di 538 casi nell'Ospedale greco di Alexandria dal 1896 al 1925. In questi ultimi anni, il numero dei casi è diminuito notevolmente a causa dell'introduzione nella cura degli ascessi del fegato della emetina. In seguito ai lavori del Sir Leonard Rogers fino al 1912, tutti erano d'accordo nell'ammettere la seguente equazione.

Ascessi del fegato = apertura chirurgica.

Dopo ricerche del Rogers questa formula semplicista deve essere sostituita dalle proposte seguenti:

1) ascessi del fegato: cura medica coll'emetina associata ad altri medicamenti;

2) ascessi del fegato: puntura evacuatrice con o senza drenaggio ed in più la cura medica;

3) ascessi del fegato: cura chirurgica e medica.

L'O. descrive con dettagli la tecnica della puntura del fegato, la cura medica esclusiva, la cura medica associata alla puntura curativa con o senza drenaggio, la cura mista medico-chirurgica, la scelta della anestesia nelle operazioni di ascessi del fegato ed infine le complicanze operatorie e postoperatorie.

Il primo a prendere la parola nella discussione è il prof. LATIS BEY, che tratta in ispecial modo della puntura esplorativa dell'ascesso epatico. L'O. crede che, per quanto non si possa dire innocua la puntura esplorativa, questa nei casi di ascesso del fegato, costituisca un aiuto prezioso per il chirurgo e che non si deve assolutamente metter da parte. I casi mortali sono molto rari e tra questi ve ne sono alcuni dei quali non si deve tener altro conto, se non per dimostrare la necessità di un intervento immediato in presenza di una puntura esplorativa positiva.

Di più: da vari casi ha osservato con una puntura esploratrice negativa seguire la caduta della febbre e la guarigione (come del resto hanno osservato altri chirurghi) fatto dovuto ad una decongestione.

Segue alla tribuna il prof. GIORDANO, accolto da una viva dimostrazione di simpatia. Egli ha avuto occasione di osservare nella sua lunga pratica 144 casi di ascesso del fegato. Tralasciando di occuparsi delle molte questioni nelle quali è in completo accordo con i relatori dice, a proposito della puntura esplorativa, di non servirsene molto poichè crede si possa benissimo giungere alla diagnosi senza quel mezzo non sempre scevro di pericoli e che qualche volta non illumina affatto.

Quando egli pratica la puntura esplorativa è per scopo didattico e quella viene praticata in sala operatoria, tosto seguita dall'intervento chirurgico. Passando a trattare della terapia medicamentosa, riconosce i benefici effetti della cura emetinica; sconsiglia i clisteri di arseno-benzolo, perchè secondo lui possono provocare pericolose complicazioni.

LUXARDO (S. Daniele del Friuli) brevemente riferisce su 5 casi passati sotto la sua osservazione e si unisce al GIORDANO nel raccomandare che la puntura esplorativa venga praticata in sala operatoria e tosto seguita dalla operazione.

L'ultimo a prendere la parola è il prof. MATTHIASSON (Akudeyry-Islanda). Egli fornisce interessantissimi dati sulla grande frequenza nell'Islanda e nelle Isole vicine di ascessi del fegato da tenia. Egli mette in diretto rapporto questa affezione con la grande intimità nella quale gli abitanti, dediti alla pastorizia, vivono con cani e montoni. Nota come in questi ultimi tempi il progresso dell'igiene e del benessere materiale abbia migliorato le statistiche che però restano molto alte e come egli abbia potuto constatare una variazione di struttura e di sviluppo del parassita stesso, quasi questo tendesse a reagire all'aumentata resistenza degli ospiti. La interessante comunicazione è vivamente applaudita.

*
* *

Il Congresso si è chiuso con un discorso del presidente GIORDANO invitando gli intervenuti a ritrovarsi insieme tra 3 anni a Varsavia. Egli ricordò che prima della guerra era stato chiesto da molti soci che figurasse nel Consiglio della Società un delegato della Polonia così come figurava un delegato dell'Irlanda, e come il delegato tedesco si oppose dicendo: « Non esistono chirurghi polacchi. Esistono solo dei chirurghi tedeschi e dei chirurghi russi ».

« Ma la Polonia — ha soggiunto il GIORDANO — ora è risorta. Viva la Polonia! ».

E i congressisti hanno calorosamente applaudito.

*
* *

Oltre il ricevimento in Campidoglio, tutti i congressisti furono invitati ad un indovinatissimo the a Villa d'Este a Tivoli, ad un ricevimento all'Excelsior offerto dal Presidente del Congresso, e ad un banchetto sociale al Plaza Hôtel, a Roma, riunioni nelle quali brevi sebbene numerosi discorsi, inneggiando all'Italia, seppero diffondere negli Italiani la sensazione del rispetto e di grande ammirazione nei quali sono oggi tenuti. Parole di particolare elogio furono da moltissimi dirette al sen. GIORDANO, al prof. MAYER e al prof. DOMINICI.

E. M.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

CASISTICA E TERAPIA.

Le forme cliniche dell'appendicite nel bambino.

Tre fatti importanti caratterizzano l'appendicite infantile: l'uno è dato dalla facilità con cui il peritoneo accoglie tutte le infezioni, l'altro è che il fenomeno della « schiacciata peritoneale » è assai meno frequente nel bambino che nell'adulto e, da ultimo che si ha notevole frequenza dei grandi ascessi peritoneali di propagazione.

L'inizio può essere brusco ed impressionante: fortissimi dolori, facies « decomposta », lamento continuo. Quando tali sintomi scompaiono rapidamente non comportano una prognosi grave, ma sono invece di alto significato quando si verificano più tardi nel corso dell'evoluzione e sono allora riveletori di un imminente pericolo. Di grande importanza è anche la temperatura che si mantenga elevata (39° e più) dopo i primi sintomi.

Talvolta invece, l'appendicite si installa senza l'accesso primitivo ed, in tal caso, essa è ancor più larvata e più ignorata che nell'adulto.

Passati i primi sintomi tumultuosi, la temperatura si abbassa, il bambino incomincia ad emettere dei gas; la palpazione, allora mette in evidenza soltanto una forte resistenza della parete, un dolore vivo al punto appendicolare, poi tutto scompare; l'esplorazione rettale però fa riscontrare ancora un punto dolente proprio all'estremità dell'indice che palpa, il quale avverte una sensazione come di maggiore densità e consistenza dei tessuti che un prudente esame bimanuale mette ancor più in evidenza.

Spesso all'inizio, ed anche in forme benigne, si hanno disturbi della minzione ed, in seguito, complicazioni vescicali che vanno fino alla perforazione della vescica. Pure abbastanza frequenti sono gli ascessi perirettali.

Quando il piccolo malato non prende poi il cammino deliberato della convalescenza, quando l'impastamento diffuso persiste nella fossa iliaca destra, il ventre non si sgonfia, la temperatura oltrepassa costantemente 38.2-38.5 e, malgrado l'aspetto generale migliore e la concordanza del polso, si deve sospettare la formazione dei grandi ascessi peritoneali, di cui si può seguire la diffusione verso il piccolo bacino ed anche l'ipocondrio sinistro.

Si avverte allora un'ottusità che ha l'apice verso la regione pubica e risale in alto a semiluna dai lati dell'ombelico. All'esplorazione rettale si avverte un impastamento generale del piccolo bacino. Importante è la ricerca del punto di massimo dolore; quello spontaneo si estende alla metà inferiore dell'addome con esagerazione alla regione vescicale, quello provocato tende a spostarsi verso sinistra. In presenza di tali sintomi, il medico che non ha seguito il malato fin dall'inizio può non orientarsi; in tal caso però l'esplorazione rettale combinata con la palpazione addominale risveglia nella regione appendicolare un dolore vivo che non si provoca con la palpazione nell'ipocondrio sinistro.

H. Mayet (*Journal des praticiens*, 4 novembre 1925) osserva che, dal punto di vista operatorio, la zona pericolosa incomincia dal secondo giorno; se tutto non procede bene, l'intervento s'impone per prevenire gli aggravamenti catastrofici che si verificano più raramente che nell'adulto. Una temperatura che si mantiene 48 ore a 39°, un dolore atroce iniziale che si diffonde poi a tutto l'addome, la persistenza della facies « decomposta » sono segni di gravità profonda. L'esplorazione rettale darà poi ulteriori informazioni. I grandi ascessi peritoneali esigono l'intervento quando sono sospettati; dovranno essere ricercati con prudenza ed aperti eventualmente con incisioni complementari sottoombelicali od iliache sinistre provvedendo poi ad un accurato drenaggio.

Se poi si attende il completo raffreddamento, si deve tener presente che talvolta anche dopo sei settimane di apiressia si trovano delle lesioni svariate e delle serie minacce; l'A. consiglia quindi nel bambino la precocità dell'intervento tanto più che le aderenze sono in esso più facili da togliere e concentrate quasi tutte verso l'appendice.

fil.

Il trattamento della ossiuriasi.

Contro questa infestione tanto ostinata, K. Hajòs (*Terapia contemporanea*, gennaio 1925) consiglia il neosalvarsan già preconizzato da Friedmann, secondo questo schema di cura.

1° giorno: un purgante seguito da un clistere di aglio.

2° giorno: al mattino, dopo una leggera colazione, somministrazione del neosalvarsan (per via orale in ostia). Un'ora dopo, 2 cucchiai di olio di ricino e, dopo 3-4 ore, un clistere di aglio o di timolo (soluzione di timolo a 1/1000).

3° giorno: si ripete il clistere di aglio o di timolo.

Durante e dopo la cura si osserveranno tutte le norme igieniche per evitare un'autoinfezione (pu-

lizia delle unghie, uso di mutandine da bagno giorno e notte, unzione della regione anale con unguento cinereo).

Il trattamento va ripetuto dopo 6 settimane.

Le dosi di neosalvarsan da usarsi sono le seguenti:

Da 4 a 10 anni cg. 20-30, fino ai 15 cg. 30-45, fino ai 20 cg. 45-75, oltre i 20 cg. 75-90. La dose maggiore usata dall'A. è stata di g. 1.20.

I risultati sarebbero ottimi; talvolta è stato necessario ripetere 2-3 volte la cura.

fil.

La cura della flatulenza intestinale.

La flatulenza intestinale provoca una sensazione di ripienezza e di dolori colici, dovuti alla presenza di gas sotto tensione, disturbi che scompaiono con l'emissione dei gas stessi, la quale, a sua volta, costituisce un inconveniente. Talvolta i gas si accumulano alla flessura splenica e simulano allora la flatulenza intestinale. I gas intestinali sono dati o da aria inghiottita con i cibi o con la saliva, o sono prodotti da decomposizione batterica dei carboidrati o delle proteine. Essi quindi possono aumentare per l'eccessiva aerofagia o per l'aumentata decomposizione batterica, oppure ne può essere diminuito l'assorbimento. Si può avere accumulo di gas per ostruzione o frequente emissione di essi per aumento di peristalsi.

Nei casi di aerofagia, si ricorrerà al trattamento di questa. L'aumento di gas per decomposizione batterica degli alimenti deriva da eccessi dietetici, da deficienza nei fermenti digestivi o da infezioni intestinali. In tali casi, come osserva T. L. Hardy (*The Lancet*, 22 agosto 1925) l'esito del trattamento dipenderà dalla rimozione della causa. Le feci sono di solito caratteristiche, schiumose, acide, ad odore acido e con granuli d'amido indigeriti nel caso di decomposizione dei carboidrati ed invece alcaline, con odore putrido, e con fibre muscolari indigerite ed eccesso di flora gram-positiva nel caso di putrefazione delle proteine.

È importante in tali casi l'uso di una dieta adatta. Quando si tratta di fermentazione dei carboidrati, si proibirà l'uso di verdure fresche, di frutta non cotta ed in qualche caso addirittura di ogni carboidrato, lasciando tutt'al più degli alimenti maltati, dello zucchero, del latte e delle purée di patate e sedani. Nel caso di putrefazione proteica, si darà dapprima una dieta strettamente lattovegetariana, aggiungendo poi del pesce e del pollame, ma non concedendo la carne di manzo, di montone o di vitello che qualche tempo dopo cessata la diarrea. Buoni risultati darebbe il latte acido che può prepararsi nel modo seguente: far bollire il latte e raffreddarlo a 50°; metterli in bottiglia termos ed aggiungervi una coltura di Bacillu bulgaricus od acidophilus, tenendolo in termos per 18 ore. Si dà in quantità crescenti da mezzo litro ad un litro e mezzo al giorno.

Fra i medicamenti è consigliabile anzitutto nei casi di achilia l'acido cloridrico in quantità non inferiore a 4 g. diluito convenientemente in acqua. Nel caso di deficiente azione pancreatica si daranno i preparati di pancreas e la takadiastasi. I così detti disinfettanti intestinali sono legione, ma di azione assai problematica. Il migliore è forse il calomelano a dosi refratte ed anche il benzonaftolo in quantità di 50-75 cg. Un efficace assorbente delle tossine batteriche è il caolino colloidale che si dà in quantità di 15 grammi, diluito in acqua. Per un immediato sollievo sono indicati gli oli essenziali, come quello di caieput (1/10 di cmc. su un pezzo di zucchero) e quello di trementina (circa i cmc. in capsule). Un buon cucchiaio di carbone medicinale è efficace e contribuisce a rendere i gas inodori.

Il deficiente assorbimento dei gas dipende da congestione cronica venosa quale si trova nell'insufficienza cardiaca e nella cirrosi epatica; in tal caso, il trattamento sarà rivolto alla causa, e così pure nel caso di flatulenza da ostruzione.

Talvolta l'emissione di gas riconosce una causa puramente emozionale; si tratta di una condizione analoga a quella della diarrea nervosa, in cui la cura deve essere diretta a diminuire l'eccitabilità del riflesso gastro-colico. Si useranno a tale scopo, i bromuri ad alta dose insieme con l'estratto di belladonna.

Nelle malattie gravi addominali (ostruzione intestinale, peritonite acuta, pancreatite acuta) ed in certe febbri d'infezione, specialmente polmonite e tifoide, si ha il meteorismo, cioè una distensione gassosa acuta dell'intestino. Oltre al trattamento della causa, si potrà in tali casi ricorrere ai mezzi seguenti: sospensione di ogni alimento tranne un po' di acqua albuminata, applicazioni locali di fomenti caldi anche con trementina; clisteri di trementina (2-8 grammi in mezzo litro di acqua saponata) e somministrazione di olio essenziale di trementina in capsule. Nei casi gravi si potrà ricorrere alle iniezioni di pituitrina (1 cmc.) o di eserina, usando però tali rimedi con grande cautela per il timore di una possibile perforazione. *fil.*

La cura della emorragia intestinale.

L. Lowys (*Journal des praticiens*, 23 genn. 1926) consiglia:

Trattamento generale. Riposo assoluto in letto e dieta (assoluta, idrica, idrolattea, ecc.).

somministrazione di emostatici: cloruro di calcio, emetina (iniezioni sottocute di 4-8 cg. per volta; massimo totale 1 g.), iniezioni di siero gelatinato (scrupolose precauzioni di asepsi!) o di siero di cavallo (5-10 cmc. al giorno; stare attenti alle reazioni da siero ed evitare le forti dosi che possono aumentare l'emorragia). Terapia immobilizzante (oppio in tutte le forme; iniezioni di morfina da 5 mg. per volta, 1-2 al giorno con o senza olio canforato, eroina, ecc.). I diversi medicamenti possono essere associati come nella formola seguente: cloruro di calcio g. 6-8; estratto d'oppio cg. 10 (o eroina cg. 2); acqua di lauroceraso g. 10; sciroppo di scorze d'arancio amaro g. 50; acqua dist. q. b. per cmc. 210. Un cucchiaio ogni 2-3 ore.

Trasfusione di sangue se è necessaria e possibile; tonicardiaci.

Trattamento locale. Vescica di ghiaccio sul ventre (è bene averne due per evitare ogni interruzione). Nelle emorragie della parte terminale dell'intestino si sono preconizzati abbondanti clisteri caldi (40°-45°, meglio se fatti con decotto di malva; controllare la temperatura col termometro!). Oppure clisteri astringenti (100-200 cmc. di soluzione di nitrato d'argento a 1-5 %; dopo un clistere evacuatore. L'A. però si dichiara giustamente poco partigiano di tali clisteri, che possono essere più dannosi che utili.

Trattamento speciale. Nella tifoide, soppressione immediata dei bagni freddi. Nell'ulcera duodenale o colica, prescrivere una dieta severa ed il carbonato di bismuto. Evitare tutto ciò che provoca la secrezione salivare e, di contraccolpo quella gastrica.

Nel cancro del retto, ricorrere al più presto al chirurgo. Nelle emorroidi somministrazione di preparati di ippocastano, di Cupressus semprevirens (20-25 gocce 3-4 volte al giorno; anche per clisteri: un cucchiaino per 150 cmc. di acqua). Nella cirrosi, trattamento concomitante dell'insufficienza epatica: siero glucosato, clisteri freddi, opoterapia epatica). Nella dissenteria trattamento specifico.

Nelle emorragie del neonato pensare sempre alla possibilità che il sangue sia soltanto deglutito e provenga da ragadi alla mammella della nutrice, da lesioni nasali o boccali del bambino ed a quelle dell'eredo-sifilide. *fil.*

Cura degli spasmi colici col carbone atropinizzato.

È nota da moltissimo tempo la proprietà del carbone di fissare per assorbimento le sostanze disciolte, e tra le altre, anche gli alcaloidi. D'altra parte il carbone può liberare le sostanze che ha assorbito, a contatto di altre sostanze più assorbenti; onde una parte delle sostanze fissate dal carbone possono essere nuovamente liberate nell'intestino se il carbone vi permane a lungo, questa liberazione è infatti lenta e proporzionale al tempo di soggiorno nel colon. Onde è bene nel caso di avvelenamento di far seguire un purgante alla somministrazione del carbone. Goiffou (*Paris médicale*, 12 dicembre 1925, n. 50) ha pensato di utilizzare questo fenomeno per far portare al carbone certi medicinali e farli agire nel luogo stesso in cui esso si arresta nel tubo intestinale. Ciò è utile sopratutto per agire sul colon le cui affezioni sono frequenti, spesso gravi, e non facilmente curabili, tanto che si è talora dovuto ricorrere alla cecostomia per agire con irrigazioni localmente, e Einhorn ha proposto di spingere l'oliva della sua sonda duodenale fino al ceco per farvi agire direttamente i medicinali. Ora il carbone medicato agirebbe come una specie di istillazione locale. Logica parve la utilizzazione del metodo per curare gli spasmi del colon: del carbone carico di atropina se viene ingerito da un p. affetto da stipsi spasmodica, l'atropina non sarà liberata che al momento in cui il bolo è ritenuto, cioè a livello dello spasmo e qui allora agirà l'atropina: inoltre cessato lo spasmo il carbone passerà oltre e verrà così a cessare *automaticamente* l'azione terapeutica.

L'A. ha utilizzato un carbone ad alto potere assorbente che conteneva fissata un mezzo milligrammo di atropina per cucchiaino da caffè di carbone granulare. Cita poi molti casi (sette in tutto) che dimostrano l'efficacia del carbone atropinato negli spasmi colici e nelle stipsi che ne derivano. L. TONELLI.

Fistola appendicolare.

A proposito delle fistole purulente, che susseguono ad un'operazione di appendicectomia a caldo, R. Bonneau (*Presse médicale*, gennaio 1926), cerca di indagare le cause che mantengono queste suppurazioni, a volte interminabili, in corrispondenza della cicatrice operatoria. Si tratta, secondo l'A., o di corpi estranei (filacce di garza, punti di seta profondi, scibale), o di frammenti di tessuto necrosato (frangia epiploica, lembo di peritoneo, ecc.), ma sopratutto di un moncone di appendice gangrenata, spesso la punta dell'appendice stessa, che per le difficoltà tecniche dell'operazione a volte rimane nel cavo addominale. Si può dichiarare costituita la fistola quando persiste la secrezione purulenta dalla ferita operatoria un mese e mezzo dopo l'appendicectomia o anche prima quando la secrezione non perde il suo carattere purulento e manda cattivo odore.

Riguardo alla terapia, essa non può consistere che nell'intervento chirurgico, previa iniezione nel tragitto fistoloso di un liquido colorato.

M. CAJA.

EPIDEMIOLOGIA.

Il parassita malarico nel sangue durante il periodo interepidemico.

L'esistenza del parassita malarico nel sangue nel periodo interepidemico ha un alto significato perchè rappresenta la fonte delle nuove generazioni che si svolgeranno nell'Anopheles durante il periodo endemico della malaria. Di fatto, gli individui che conservano il parassita nel sangue durante il periodo invernale costituiscono dei veri serbatoi di virus che ricollegano l'endemia di un anno a quella dell'anno successivo.

G. Pippia ha fatto in proposito delle osservazioni in Sardegna, nel territorio dell'agro di Sassari e ne pubblica i risultati nel primo numero di *Rivista di Malariologia*, ottima pubblicazione bimensile che, oltre a contenere notevoli articoli originali costituisce una vera miniera di notizie sulla malaria, dando organiche informazioni sugli studi che in tal campo si compiono in tutto il mondo.

Nell'ambulatorio antimalarico di Sassari l'A. ha rilevato una diminuzione progressiva dei parassiti nel periodo interepidemico (dal gennaio al maggio 1925) e cioè ha trovato individui parassitati: in gennaio 85 %; in febbraio 79.4 %; in marzo 33.3 %; in aprile 44.1 %; in maggio 43 %. In molti preparati risultati negativi ha riscontrato numerosissime emazie punteggiate, leucopenia con mononucleosi, tutti segni di pregressa infezione malarica. Altissimo è stato l'indice splenico (circa il 90 %).

Per quanto riguarda le diverse specie di parassiti, risulta che l'estivo-autunnale prevale decisamente in gennaio sulla terzana primaverile; meno in febbraio; cala rapidamente in marzo, aumenta in aprile, discende nuovamente nel maggno, mantenendosi in questi ultimi tre mesi decisamente inferiore. A differenza di altri autori, ha riscontrate (sebbene non molto frequenti) delle forme di quartana.

Assai bassa è la proporzione delle infezioni miste avendosi una media inferiore al 5 %; essa può spiegarsi col fatto che non è sempre possibile ripetere l'esame del sangue per gli stessi individui più volte in una stagione. Le forme gametifere di terzana primaverile si possono trovare in tutto il periodo interepidemico in numero inferiore a quelle degli schizonti. Verso la fine della stagione, in qualche caso, le forme gametifere possono eguagliare ed anche superare il reperto di soli schizonti. Per l'estivo-autunnale, i reperti di schizonti superano per tutto il periodo quelli di soli gameti e d'altronde il reperto gametifero semilunare è relativamente scarso. È poi abbastanza frequente il trovare degli individui con vistose cariche di schizonti nel sangue periferico, immuni dall'accesso malarico; così accade per un bambino che al momento dell'esame era apiretico e che da vario tempo frequentava regolarmente la scuola, pur presentando nel sangue abbondantissimi schizonti.

Le osservazioni dell'A. hanno importanza perchè mettono in rilievo la necessità di non limitare la lotta alla bonifica terriera, ma di fare soprattutto la bonifica umana. Se resta comprovato che i parassiti malarici durante il periodo interepidemico servono come anello di congiunzione fra quella che è endemia di un anno ed endemia di un altro anno, tutti i nostri sforzi devono essere diretti a rompere l'anello della triste catena costituito dai portatori di virus.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura dell'enuresi notturna. — All'abb. n. 7204:

L'enuresi notturna dei ragazzi è un disturbo poco preoccupante in quanto generalmente essa cessa con la pubertà. I medicamenti suggeriti sono molteplici ma finora non se ne ha alcuno sul quale possa farsi sicuro assegnamento. Nei ragazzi eretistici possono tentarsi i sedativi, quali i bromuri, la canfora, i sali di calcio, la belladonna ed anche l'antipirina. Nelle forme nelle quali conviene stimolare la tonicità dello sfintere vescicale si può ricorrere agli stricnici o all'ergotina. Quando esistano altri segni d'insufficienza della tiroide giovano i preparati opoterapici a base di estratto della detta glandola.

Il ragazzo deve dormire su materassi duri, deve mangiare e bere poco nel pasto serale, fare ginnastica, vivere quanto più può all'aria aperta. Anche la psicoterapia suggestiva deve essere tentata.

Nell'enuresi persistente oltre il periodo della fanciullezza sono da praticarsi altri sistemi di cura quali l'elettricità, il cateterismo, le iniezioni epidurali, l'applicazioni locali di alcuni apparecchi che risvegliano il soggetto non appena principia l'emissione d'urina.

DRAGOTTI.

Repellenti di zanzare. — All'abb. n. 6475-1, Adiugri (Eritrea):

Sono state proposte pomate, polveri, alcoolati culicifughi; la loro azione però è sempre temporanea. Rispondono meglio le pomate a base di olio essenziale di eucalipto (eucaliptolo), melissa, cannella, sandalo, paciulì (*Pogostemon patchouly*), di monoacetato di resorcina (euresol). Tra le pol

veri è consigliabile: amido 325, talco 50, eucaliptolo 25. Tra gli alcoolati: alcool 400, olî ess. di cannella, sandalo e paciulì *ana* 1.

Dalle recenti ricerche di O. M. O. Bunker e A. D. Hirschfelder (*Amer. Journ. Trop. Med.*, settembre 1925) risulta che le sostanze più attive sono tutte a punto di ebollizione basso, inferiore a 150° C.; che gl'idrocarburi in genere, compreso il petrolio (cherosene), sono poco attivi: lo è di più l'olio d'oliva; che la massima azione culicifuga spetta ai gruppi $-C = O_2$ e $= C = O$, siano legati a corpi alifasici o ciclici. Sono richiamate molte ricerche anteriori.

W. H. W. Komp (*Public Health Bull.*, n. 156, 1925) ha saggiato varie sostanze di cui nessuna fu superiore all'olio essenziale di melissa.

Non conosciamo lo *sketofax*. L. VERNEY.

All'abb. n. 10870-3:

Possiamo consigliare:

S. JESSNER. *Diagnose und Therapie der Gonorrhoe heim Weibe.* Leipzig, Kabitzsch, 1925.

L. MORINI. *La blenorragia e le sue dannose conseguenze, ecc.* Roma, Pozzi, 1925.

L. MARCHISIO. *La blenorragia e le sue ignorate conseguenze.* Milano, Hoepli, 1925.

Per le teorie del Mendel vedasi:

P. ENRIQUES. *L'eredità nell'uomo.* Milano, Vallardi, 1924. V. MONTESANO.

Medici di bordo. — All'abb. n. 11180-1, Milano:

Per effetto dell'art. 29 comma 1° del R. decreto 29 novembre 1925 n. 2288, per essere ammessi agli esami di abilitazione come medici di bordo i candidati non devono aver superato, *alla data nella quale l'esame viene bandito*, il quarantesimo anno di età. Per la imminente sessione essendo stato, il bando di concorso, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del marzo u. s. (n. 70) ne consegue che i candidati non devono esser nati prima del marzo 1886.

Inoltre il diploma di laurea deve essere stato conseguito da almeno due anni compiuti.

RIBOLLA.

All'abb. n. 9577-1:

Trattato di medicina operatoria di mole non eccessiva è quello di Stefano D'Este. Società editrice libraria.

Patologia chirurgica: Trattato del Durante (esaurito) o quello del Begouin (Vallardi). N.

Tabelle dietetiche. — Al dott. A. A., da Isernia:

H. SCHALL e A. HEISLER. *Nahrungsmitteltabelle.* Curt Kabitzsch ed., Lipsia.

Troverà alcune tabelle anche nei seguenti libri: F. BOTTAZZI. *Alimentazione dell'uomo.* G. Giannini ed., Napoli; A. ANGIOLANI. *I cibi e l'alimentazione.* Sonzogno ed., Milano.

Per il contenuto purinico dei diversi alimenti, veda specialmente i trattati sulle malattie del ricambio.

fil.

La cura dell'eritromelalgia. — Al dott. M. da C.:

L'etiopotogenesi di quest'affezione è oscura, e la sua terapia è affatto brancolante. Quando si presenta come fenomeno di altre malattie, ad esempio di nevriti, conviene curare il processo morboso fondamentale. In ogni caso bisogna contentarsi del trattamento sintomatico: antinevralgici ed idroterapia locale fredda. Come in tutte le affezioni dolorose, sono state tentate anche nell'eritromelalgia le applicazioni elettriche, ma con scarso risultato. Ancora meno confortanti sono stati i tentativi opoterapici.

DR.

VARIA.

La stanchezza primaverile.

Nell'avvicendarsi delle stagioni, il periodo che segna il passaggio fra l'una e l'altra corrisponde ad un cambiamento di clima e può, analogamente a questo, indurre in alcuni individui dei perturbamenti nello stato di salute. Così accade per la primavera in cui l'avvento dei primi tepori può ingenerare un certo senso di languore che vince anche la gioia di veder la natura risvegliarsi dal sonno invernale e ritornare a nuova vita. Tanto maggiore sarà questo senso di spossatezza nell'abitante della città che, della natura, non conosce se non i magri alberi dei viali urbani e della primavera non avverte che il tepore estenuante a cui sono maggiormente sensibili gli individui intolleranti degli sbalzi meteorici. Questa sensazione di languore primaverile, che si traduce anche col proverbiale dolce dormire dell'aprile, sembra più particolare dei nostri tempi almeno a giudicare dalle descrizioni dei poeti; gli antichi, di fatto, hanno sempre dipinto la primavera come lieta e gioconda (jucundum, laetum, floridum) e solo in alcuni dei moderni, specialmente nei tedeschi, essa si è suffusa di un velo di malinconia.

Ma la sensazione di languore vago e leggero e non frequente che si avverte nei nostri climi, si muta, nell'estremo nord dell'Europa, in una vera indisposizione che appare tanto frequente da diventare addirittura un'entità nosologica, la stanchezza primaverile, ben nota ai profani che ne

parlano come di cosa comune, per la quale sentono il bisogno di ricorrere al medico.

Ora ogni sensazione di stanchezza è l'espressione di un turbamento dell'equilibrio cenestetico che può essere riferibile a diverse cause; tale stato, quando si possano escludere infezioni od intossicazioni, può considerarsi come l'espressione clinica di una neurosi generale. Ciò appare tanto più evidente in quanto che gli individui che lo accusano mostrano evidenti stigmate di neurosi e la stanchezza esprime quindi il peggioramento dello stato neurotico. La labilità del sistema nervoso, del resto, che è spesso collegata con una discrinia, si trova negli individui che male si adattano alle variazioni delle condizioni climatiche e sono più esposti a soffrire per i cambiamenti di stagione.

E. Ehrström (1), che esercita in Finlandia, ascrive appunto alla neurosi la stanchezza primaverile ed ha fatto uno studio statistico su 3000 malati di un ambulatorio, osservando che la maggiore affluenza di individui, nei quali i disturbi neurotici sono unici o predominanti, si ha nei mesi dal febbraio al giugno. Ed avvicina a questi dati, quelli sulla stanchezza detta primaverile e quelli sul suicidio di cui il massimo cade appunto nel maggio; le curve di frequenza di tali fenomeni decorrono a un dipresso parallele ed essi quindi possono considerarsi come effetto di una stessa causa.

E la causa, secondo Ehrström, va ricercata anzitutto nell'azione della luce; nell'autunno e nell'inverno, l'individuo risente ancora i benefici effetti della luce goduta durante l'estate, mentre la vita fra quattro mura nell'oscuro inverno nordico agisce sfavorevolmente sì da turbare l'equilibrio del sistema nervoso.

Ma non basta. Nei climi nordici un altro fattore agisce ed è quello delle vitamine. Nella Finlandia il periodo della vegetazione è limitato ai mesi da giugno a settembre; soltanto in giugno il bestiame può incominciare a pascersi di erba verde, soltanto dal luglio all'ottobre gli uomini possono mangiare frutta fresca e legumi verdi. Quindi, nell'inverno e nella primavera l'uomo (e così gli animali di cui egli mangia la carne ed il latte) è costretto a nutrirsi di cibi privi delle necessarie sostanze accessorie. Ne viene di conseguenza un *deficit* di vitamine che influisce sullo stato di salute e contribuisce a determinare quegli stati di debolezza che vanno sotto il nome di stanchezza primaverile.

Da altri autori del resto è stato osservato in primavera un aumento nei casi di rachitismo e di anemia perniciosa, come pure era più frequente in tale stagione il manifestarsi della clorosi.

Si può obbiettare ad Ehrström che le statistiche del suicidio segnano anche nel nostro clima pur così favorito dal sole lo stesso andamento con un massimo primaverile e precisamente verso il maggio ed il giugno. Deve trattarsi quindi di un fenomeno assai più generale sul quale hanno influenza altri fattori oltre quelli indicati da Ehrström.

La primavera del resto va considerata come una stagione abbastanza salutare; è essa che, dopo l'autunno, segna la minima mortalità, specialmente in confronto dell'alta mortalità invernale. E ciò fin dai tempi di Ippocrate che la dichiarò « saluberrimum et minimum exitiale » mentre Celso non esita a considerarla come la più salutare di tutte le stagioni.

Anche Ippocrate però riconobbe che fra le malattie che più frequentemente si manifestano in primavera sono l'*insania* e la *melancholia*. È l'atrabile — commenta Gorter — che, accumulata durante l'inverno si scioglie col calore del sole e viene più facilmente trasportata al cervello di cui perturba l'azione, dando un delirio furioso o triste. Da ciò il consiglio di fare prendere un'altra strada alla bile, con la prescrizione di lassativi e di tutte le cure primaverili depurative non del tutto scomparse nemmeno oggi.

Questa teoria patogenetica della melanconia primaverile non è tale da soddisfare i moderni come forse, fra qualche secolo, i moderni di allora sorrideranno della teoria vitaminica. Rimane però il fatto che, meglio dei poeti, i medici antichi avevano con precisa osservazione, messo in rilievo che, in primavera, il sistema nervoso subisce una scossa la quale può esplicarsi con il suicidio o la pazzia o con le forme più lievi di melanconia o di stanchezza di cui ci sfugge tuttora la vera causa.

FILIPPINI.

(1) Acta medica scandinavica Suppl. VII.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXVII. – Retribuzione per lavoro straordinario.

Già segnalammo una sentenza della Corte di Cassazione circa il diritto a retribuzione per lavoro straordinario. Lo stesso principio allora stabilito è stato confermato dalla Corte di Cassazione, Sezioni Unite, con sentenza 18 gennaio 1926, n. 193, ric. Gioia contro Comune di Piacenza. Ha ripetuto il Collegio Supremo che « lo stabilire se un dato lavoro rientri nell'orbita delle ordinarie funzioni dell'impiegato o abbia invece carattere straordinario, è demandato ad esclusivo insindacabile apprezzamento della pubblica amministrazione, sicchè non è possibile accertare il carattere di straordinarietà o meno del lavoro compiuto, se non attraverso il riconoscimento fattone dall'amministrazione medesima ».

È necessario, quindi, per evitare poi controversie, che l'impiegato, qualora sia richiesto di un lavoro straordinario, fuori cioè dei suoi doveri normali, inviti l'amministrazione a dare ordini scritti con specificazione del carattere straordinario della prestazione, salvo s'intende il caso in cui il diritto all'indennità derivi espressamente dal capitolato, in quanto esso stabilisca una speciale remunerazione per determinati lavori.

Non potendo l'autorità giudiziaria giudicare se una data prestazione rientri o no nell'orbita dei doveri normali dell'impiegato, è necessario precostituire il titolo dal quale risulti il riconoscimento della straordinarietà della prestazione e quindi del diritto a compenso speciale. È da avvertire, inoltre, che, in seguito alla riforma delle leggi sulla giustizia amministrativa, anche la questione relativa alla prestazione di servizio straordinario può entrare nella competenza della G. P. A., per gli impiegati degli enti locali, e specialmente se sia emanato un provvedimento dell'organo amministrativo e per ottenere la liquidazione della indennità si debba far dichiarare illegittimo o ingiustificato il provvedimento stesso.

XXXVIII. — Attribuzioni degli ordini per fatti disciplinari.

L'art. 8 della legge 10 luglio 1910, n. 455, attribuisce al Consiglio Amministrativo dell'Ordine il potere di « reprimere in via disciplinare gli abusi e le mancanze di cui i sanitari liberi esercenti si rendessero colpevoli nell'esercizio professionale ».

Identica è la disposizione dell'art. 24, n. 2, della vecchia legge 8 giugno 1874, n. 1938, serie 2ª, per l'esercizio della professione di avvocato e analoga è quella dell'art. 50 della stessa legge per i procuratori legali.

Si è discusso se gli atti della vita privata possano essere, in date circostanze di gravità, causa legittima di provvedimenti disciplinari.

Un caso è stato recentemente deciso dalla Corte di Cassazione, Sez. I (Camera di Consiglio) con sentenza 14 dicembre 1925, n. 3379. Ne diamo notizia perchè il principio accolto dalla Corte di Cassazione può avere applicazione analogica per gli Ordini dei sanitari. Ha detto il Collegio Supremo: « Se per la legge 8 giugno 1874, n. 1938, la facoltà giurisdizionale dei Consigli di Disciplina sui procuratori deve intendersi in senso limitato, e non già alla stregua della corrispondente legge francese che vuole segregati dall'ordine coloro che comunque fossero venuti meno alle leggi dell'onore e della delicatezza professionale, tuttavia è da ritenere che gli atti del professionista, che, per il loro intrinseco d'immoralità e per la loro pubblicità (come sarebbe, ad es., esercitare sale da ballo di dubbia fama), sconfinano dai limiti della coscienza, della responsabilità e della condotta privata ed investono perciò la personalità sociale del professionista, non possono essere sottratti alla cognizione ed alla repressione dei Consigli di Disciplina giusta la summenzionata legge.

« V'ha una solidarietà di onore e di delicatezza fra gli avvocati e i procuratori, inerente alla natura stessa d'un ministero di cooperazione diretta con l'amministrazione della giustizia, che non si può infrangere senza che venga meno la base di probità e di delicatezza all'esercizio di una professione di cui il credito ed il prestigio hanno carattere prevalentemente morale nella vita sociale ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione della Stampa Medica Italiana.

Un'assemblea di giornalisti medici ha votato nell'ottobre 1925 la decisione di ricostituire l'Associazione e ha gettato le basi dello Statuto, incaricandomi di redigerlo in modo definitivo e di preparare la prima riunione.

Rivolgo viva preghiera ai colleghi in giornalismo che hanno ricevuto copia del nuovo statuto e anche ai colleghi che non l'hanno ricevuta ma che possono leggerla nel N. 15 di questo giornale, di farmi conoscere se aderiscono o non alla costituenda Associazione.

La preghiera è rivolta non a postulare l'adesione dei colleghi, ma a richiedere l'espressione della loro esplicita volontà.

Pubblicherò fra un mese i nomi degli aderenti, pochi o molti, e riterrò con tale atto di aver terminato l'impegno assunto in ottobre.

Prof. VITTORIO ASCOLI.

Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani.

Contrariamente a quanto si era stabilito, non essendo stato possibile accordarsi nelle date con la Società Italiana per gli studi Sessuali che si riunirà a Genova nel prossimo ottobre, l'Associazione terrà il suo XI Congresso a Torino dal 10 al 12 giugno, contemporaneamente a quello della Società Italiana di Igiene. Ragioni di opportunità, poichè questa ha scopi affini e concordi (tanto che vi si svolge un tema ufficiale sulla profilassi delle malattie veneree) e di urgenza, poichè sugli argomenti che verranno trattati in questa riunione si stanno elaborando speciali leggi da parte dello Stato, hanno indotto il Consiglio di Presidenza a questa decisione. Temi ufficiali: « Requisiti necessari per acquistare il titolo di specialista dermosifilografo » (relatore prof. A. Fontana); « Come fu applicato il Regolamento per la profilassi delle malattie veneree » (relatore prof. Gallia). Sono in programma una visita alla Colonia Profilattica Principessa Laetitia e Davide Ottolenghi della « Crociata contro la tubercolosi » ed alla « Casa del Sole » e una gita al Moncenisio.

Le adesioni al Congresso dovranno essere inviate non più tardi del 31 maggio al segretario dott. Boquicchio (Clinica Dermosifilopatica, Ospedale di S. Lazzaro - Torino), al quale si prega rivolgersi per qualunque informazione.

Per le notizie sulle riduzioni di viaggio, sugli alloggi ecc. chiedere il programma.

A proposito del Programma per gli esami ai Medici di bordo.

Il Bollettino mensile dei Medici della Marina mercantile, dopo aver riportato il programma degli esami d'idoneità per i medici aspiranti ad imbarcare come medici di bordo — programma stabilito dal Ministero per l'Interno — fa seguire il seguente commento:

« Fra le variazioni introdotte in confronto delle disposizioni precedenti, ottima in primo luogo è quella che accoglie la nostra richiesta fissando gli esami, oltre che a Roma, nelle sedi dei principali porti marittimi. Abbiamo già la prova che molti saranno i concorrenti che potranno trasformarsi in ottimi naviganti.

In quanto alla data, è certo che il mese di luglio è stato scelto, sia per la maggior libertà degli esaminatori, sia per dar modo di presentarsi anche ai laureati nel luglio 1924.

Dal programma d'esame risalta, in primo luogo, l'importanza e la precedenza data alla prova di lingua estera su tutte le altre.

Il che è giusto, sia per la necessità essenziale di tale conoscenza, sia per evitare l'inconveniente verificatosi altre volte, che il candidato, dopo aver superato lodevolmente tutte le altre prove, potesse rischiare di vedere annullato tutto il suo lavoro per l'insufficienza finale nelle lingue estere.

Nelle prove pratiche si è data maggiore importanza al controllo igienico delle bevande e degli alimenti ed alle malattie (botulismo) che possono derivare da una cattiva conservazione degli stessi. Sarebbe opportuno che la Direzione Generale di Sanità invitasse le Direzioni delle Compagnie a notificare ai comandanti questo nostro obbligo di controllo onde evitare che venga scambiato per una indebita ingerenza in affari che non ci riguardano. E così dicasi per tutto quanto concerne le nostre mansioni di ufficiale sanitario governativo che, in ultima analisi, sono più rivolte a vantaggio delle Compagnie alle quali possono evitare guai maggiori.

Nell'elenco delle malattie infettive che, secondo noi, dovrebbe limitarsi alle forme esotiche od a quelle che possono assumere una fisionomia speciale a bordo, vediamo invece introdotta la polmonite, l'influenza, la febbre puerperale, l'erisipela, il tetano che ci sembrano fuor di luogo in quanto formano il patrimonio elementare di qualsiasi medico pratico. Anche la sifilide, la blenorragia e l'ulcera molle avrebbero potuto entrare nel capitolo generico della profilassi speciale delle malattie veneree a bordo e fra i marittimi. Questo è realmente importante ed opportunamente introdotto, trattandosi di una questione sulla quale noi da tempo insistiamo e che recentemente è stata oggetto di opportune convenzioni internazionali.

Così dicasi delle pediculosi in sè, come indice di insufficiente pulizia, e come agenti diffusori di gravi infezioni.

Non ci sappiamo invece spiegare la cancellazione della diarrea tropicale e delle tripanosomiasi, entrambe importantissime, specie col moltiplicarsi dei nostri rapporti colle coste orientali dell'Africa.

Giustificata, per contro, l'introduzione delle malattie dei palombari e della naupatia.

Così dicasi per quanto riguarda il riconoscimento dei decessi a bordo e le pratiche conseguenti.

Aggiornata infine la parte legislativa, molto opportunamente vi si è introdotto la tenuta dei documenti sanitari di bordo.

In complesso, il programma è certo il più logico e completo di quanti ne esistano anche in altre nazioni e, con qualche lieve ritocco, potrà servire anche per quel corpo di medici coloniali che si rende sempre più necessario col promettente risveglio della nostra politica e delle nostre colonie africane ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — A tutto il 31 maggio. Vedi fasc. 19.

APIRO (*Macerata*). — 2ª cond.; a tutto il 15 giu., vedi fasc. 20.

ARZANA (*Cagliari*). — Al 26 mag.; stip. L. 9000, 1 c.-v., L. 500 uff. san.

ASCEA (*Salerno*). — A tutto il 31 mag.; 3 anni di pratica professionale; tassa L. 50; docum. a 6 mesi. Norme e condizioni del capitolato d'oneri.

BARCELLONA DI GOTTO (*Messina*). — Due cond.; L. 8000 e 5 quadr. dec.; tassa L. 50. Scad. ore 12 del 26 maggio.

CAPODIMELE (*Caserta*). — Scad. 12 giu.; lire 12,000 con quadrienni decimo, oltre L. 2400 cav. e L. 500 uff. san.; 1° c.-v.

CEPRANO (*Roma*). — Al 15 giu.; vedi fasc. 19.

CITTÀ DI CASIELLO (*Perugia*). — Per Fraccano; a tutto 31 mag.; vedi fasc. 19.

CIVITA CASTELLANA (*Roma*). — Al 30 mag. due cond. comprimarie; vedi fasc. 16.

COMO. *R. Prefettura*. — Ufficiale san. di Lecco. Vedi fasc. 20. Scad. 31 maggio.

CORCHIANO (*Roma*). — Scad. 31 mag.; L. 10.500 e quadrienni dec., oltre L. 400 uff. san., c.-v., obbligo arm. farm., addizion. L. 4 oltre 1000 inscritti; tassa L. 50.10.

DESIO (*Milano*). *Ospedale Civile*. — Primario medico. Vedi fasc. 20. Scad. 30 giugno.

ENDENNA (*Bergamo*). — All'8 giu., consor. 5 com.; L. 8000 oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san., c.-v. Tassa L. 50.15.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabb. RR.* — Assistente; età lim. 30 a.; nom. e conferma biennali; L. 5000. Scad. ore 17 del 15 giugno. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

GALATI MAMERTINO (*Messina*). — Scad. 31 mag. Vedi fasc. 19.

GAZZANIGA (*Bergamo*). — Consor.; al 10 giu.; vedi fasc. 16.

MANTOVA. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Suzzara. Vedi fasc. 20. Scad. 15 giugno.

MARIANA (*Mantova*). — Proroga a tutto il 31 maggio; L. 9000 oltre assegni integrativi; ab. 1026 riuniti, strade ottime, prossime comunicazioni ferrov. e tranv.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Primario specialista neurologo; vedi fasc. 17. Scad. 30 giu.

MILANO. *R. Prefettura*. — Uffic. san. capo del Servizio d'Igiene del Comune di Milano; al 15 giu., ore 18; vedi fasc. 20.

NOVI LIGURE. *Ospedae S. Giacomo*. — Assistente interno. L. 6000. Indennità temporanea lire 1200. Camera da letto, vitto. Età mass. 30 a. Scad. 30 giugno. Capitolato a richiesta.

ORSAGO (*Treviso*). — A tutto 14 giu.; L. 9500 e 5 quinq., oltre L. 3500 cavallo, c.-v., L. 500 uff. san. Tassa L. 50.15. Alloggio verso corrispettivo di L. 1800.

PALESTRINA (*Roma*). — 2ª zona; al 31 mag, ore 18; L. 8500 p. 1000 pov., addiz. L. 4 fino a 2000 pov., L. 5 oltre, 5 quadr. dec.; c.-v. in L. 1200; tassa L. 50.15. Chiedere annunzio.

PENNABILLI (*Pesaro-Urbino*). — L. 10,000 e addiz. L. 2 oltre 1000 pov.; L. 500 uff. san.; L. 3500 cavallo; serv. a Scavolino dietro compenso concordato; tassa L. 50.15. Scad. 31 mag.

ROMA. *Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità M. M.)*. — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Scad. 2 ag. ore 10. Vedi fasc. 19.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Consorzio; ab. 2000; L. 8000 e quadr.; serv. attivo ordin. L. 600, straord. L. 800; cav. L. 4000; uff. san. L. 500. Scad. 31 maggio.

SARTEANO (*Siena*). — Scad. 30 giu.; 2ª cond.; L. 8000 oltre L. 1600 c.-v. e L. 2500 trasp.; tassa L. 50.15; età lim. 45 a.

SORANO (*Grosseto*). — 5ª condotta (S. Martino-Carabbio); L. 10,500 e c.-v. in L. 800 se amm., L. 300 se celibe; L. 1000 trasp. Scad. 31 mag.

SPERLINGA (*Catania*). — Scad. 30 giu.; L. 10,000 oltre L. 500 uff. san. Tassa L. 50. Chiarim. dalla segreteria com.

TERRACINA (*Roma*). — Vedi fasc. 20. Scad. 30 maggio.

TORINO. *Policlinico Generale Umberto I.* — Direttore della Sezione « Malattie di Petto ». Scad. 31 mag. Domande in carta da L. 2, documenti d'uso e titoli di carriera e scientifici al Presidente presso la sede dell'Istituto ove sono visibili le condizioni, lo statuto e il regolamento nei giorni dispari dalle 13 alle 14.

CONCORSI A PREMI.

Cassa di Risparmio di Venezia.

In occasione del XXII Congresso della Società Italiana di Otologia, Rinologia e Laringologia, ha bandito un concorso con premio di L. 3000 per un lavoro originale sulla « Profilassi della tubercolosi laringea ».

Il lavoro non deve superare le 32 pagine di stampa formato in-8° e deve essere redatto in forma piana così da riuscire facilmente accessibile al pubblico degli opifici, delle fabbriche e degli operai in genere, ai quali è principalmente diretto. Potrà essere illustrato da figure e grafici. Scad. 30 giugno 1926.

R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.

1) *Fondazione Cagnola.* *a*) Tema: « Sull'importanza del valore dinamico specifico nel ricambio materiale dell'uomo ». Scad. 31 dic. 1926. Premio L. 2500 e una medaglia d'oro del valore di L. 500; *b*) Un premio di L. 2500 e medaglia d'oro del valore di L. 500 sarà conferito a colui che abbia fatto una scoperta ben fondata riguardante « la cura della pellagra o la natura dei miasmi e contagi ». Scad. 31 dic. 1926.

2) *Fondazione Fossati.* *a*) Tema: « Illustrare con ricerche originali un argomento di anatomia microscopica del sistema nervoso centrale ». Scad. 1° apr. 1927. Premio di L. 2000; *b*) Tema: « Illustrare con ricerche originali un argomento di patologia del sistema nervoso ». Scad. 31 mar. 1928. Premio di L. 2000.

3) *Fondazione Secco-Comneno.* Tema: « La sifilide dello stomaco ». Scad. 31 dic. 1928. Premio di L. 864.

4) *Fondazione Ernesto De Angeli.* Premio di L. 5000 per invenzioni, studi e disposizioni aventi per iscopo la sicurezza e l'igiene degli operai nelle industrie. Scad. 31 dic. 1926.

5) *Fondazione Ernesto De Angeli.* Premio di L. 10.000 all'autore di un lavoro pubblicato dopo il 1° gennaio 1927, che porti un « contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro ». Scad. 31 dic. 1927.

BORSE DI STUDIO.

Posto di perfezionamento Queirolo.

È aperto il concorso al posto di perfezionamento « Giov. Batt. Queirolo » presso la Clinica Medica dell'Università di Pisa, per un anno dal 1° novembre 1926, con possibilità di conferma per un altro. Il vincitore avrà l'obbligo della frequenza presso detta Clinica e godrà un assegno annuo di L. 3600, al lordo delle imposte, pagabile a rate mensili anticipate su presentazione del certificato di profitto del Direttore della Clinica. Non più di due anni di laurea a datare dal 1° agosto 1926. Titoli; in caso di parità di merito eventuale esame. Scad. 30 settembre. Domanda in carta da L. 2, al Rettore, corredata da certificato di nascita; stato di famiglia; certificato generale degli studi universitari, dal quale risultino le votazioni conseguite nei singoli esami speciali ed in quello di laurea e la data di quest'ultimo; tutti quegli altri titoli e documenti atti a comprovare speciali attitudini per gli studi medici.

NOTIZIE DIVERSE.

Opera Nazionale per la maternità e l'infanzia.

Con decreto in data 6 maggio è stato costituito il Consiglio Centrale dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e della infanzia.

A presidente del Consiglio è stato nominato il barone Alberto Blanc, deputato al Parlamento, persona di cultura e di squisita sensibilità che da tanti anni si dedica silenziosamente ed esclusivamente ad opere di assistenza sociale. A vice-presidente è stato scelto l'illustre prof. Francesco Valagussa, direttore della Clinica Pediatrica, studioso e professionista di grande valore. Gli altri costituenti sono: gr. uff. dott. Crispi-Moncada, capo della Polizia; gr. uff. Serra-Caracciolo, direttore generale dell'Amministrazione Civile al Ministero dell'Interno; gr. uff. Messea, direttore generale della Sanità Pubblica; gr. uff. Luzzatto, consigliere di Stato, delegato del ministero dell'Interno; comm. Riccoboni, delegato del ministero delle Finanze; comm. Marfori-Savini, procuratore generale di Corte d'Appello, delegato del ministro della Giustizia; comm. Calcagni, delegato del ministro dell'Istruzione; gr. uff. Giordani, delegato del ministro dell'Economia; dott. Repetti, generale medico, delegato del ministro degli Affari Esteri; comm. Medalaghi, della Cassa Nazionale per le assistenze sociali; prof. Jemma, delegato della Società di Pediatria; prof. Guzzoni degli Ancarani, delegato della Società Italiana di Ostetricia; on. prof. Pestalozza, delegato della Società Eugenica; gr. uff. Appiani, procuratore generale della Corte di Cassazione, delegato dell'Opera Nazionale degli Orfani di guerra; generale prof. Baduel, delegato della Croce Rossa; generale Giardino senatore del Regno; donna Luisa Ruffo di Guardialombarda, avv. Scotti, sig. Buffa, donna Isabella Borghese e donna Bice Brusati-Pedotti.

L' « Interstate Postgraduate Association » al Campidoglio.

È stato solennemente ricevuto al Campidoglio un gruppo di medici della « Interstate Postgraduate Association » (Associazione interstatale postuniversitaria), venuti dagli Stati Uniti a visitare le scuole mediche e gli ospedali dell'Italia.

Alla cerimonia intervennero il ministro della Istruzione Pubblica on. Fedele; il governatore di Roma sen. Cremonesi; il direttore della Sanità Pubblica dott. Messea in rappresentanza dell'on. Federzoni; mr. Warren Robins, consigliere dell'ambasciata degli Stati Uniti; il prof. Wilson presidente della Interstate Postgraduate Assembly, e il segretario dott. Peck; il prof. Raffaele Bastianelli presidente del Comitato italiano che ha ricevuto i medici americani; il prof. Della Vedova in rappresentanza del rettore della R. Università di Roma, e altre autorità e spiccate personalità.

Pronunziarono elevati discorsi il governatore sen. Cremonesi, il ministro on. Fedele, il prof. Dalla Vedova, il prof. Bastianelli, il prof. Wilson, che salutò Roma « madre di ogni civiltà »; il dott. Peck comunicò l'assegnazione di un diploma straordinario al Capo del Governo italiano on. Mussolini, e di diploma extra-medici ai Ministri dell'Interno e dell'Istruzione, al Governatore di Roma, e al Rettore dell'Università di Roma prof. Del Vecchio.

Ai colleghi americani vengono fatte le più liete e cordiali accoglienze dalla famiglia sanitaria romana. Ne daremo notizia prossimamente.

II Congresso Internazionale di Idrologia Medica.

Si è svolto dal 15 al 20 aprile. Venne inaugurato a Karlsbad sotto la presidenza dei dottori Monod di Vichy e Fox di Londra, con importanti discussioni di balneoterapia moderna, seguite da una visita alle sorgenti idrominerali di Karlsbad ed a quelle radioattive di Joachinstal. Rappresentavano l'Italia i proff. Vinaj, Di Tommasi e Piccinini di Milano.

Il 17 seduta a Franzensbad con la magistrale lezione del prof. Zozkendorfen sulle analisi fisico-chimiche delle acque minerali. Il prof. Vinaj di Milano portò il saluto augurale, quale capo della delegazione italiana.

Il 18 nella stazione di Marienbaden, così signorile ed elegante, fu tenuta una interessantissima discussione sui bagni carbo-gassosi naturali nelle malattie dell'apparato circolatorio. Il prof. Piccinini espresse la riconoscenza della missione in un classico ed ammirato latino.

Il 19 a Praga visita degli istituti scientifici e dei monumenti artistici sotto la guida dei rappresentanti del Governo e del Borgomastro, i quali misero in evidenza come gran parte dell'estetica cittadina fosse dovuta al genio di ingegneri italiani. In questa occasione il prof. Di Tommasi di Napoli portò alle autorità il saluto del R. Commissario di Napoli ed invitò i congressisti a partecipare alle onoranze del sommo poeta Virgilio, che avranno luogo in Napoli nei Campi Flegrei.

Il 20 chiusura del Congresso a Pistanj con la discussione di interessanti problemi riguardanti la fangoterapia. Il prof. Vinaj fece una lucidissima relazione sulle acquisizioni scientifiche italiane su tale capitolo. Il prof. Di Tommasi illustrò magistralmente quanto in Italia e specialmente in provincia di Napoli si è fatto per difendere e valorizzare maggiormente tale terapia. Il prof. Piccinini vi portò ancora il valido contributo della sua scienza, parlando dei fanghi del Nord Italia.

Nella serata caratteristica festa in costume cecoslovacco e danze nazionali dell'alta società di Pistanj.

Il prossimo Congresso internazionale per invito della delegazione italiana avrà luogo in Italia nell'autunno del prossimo anno.

Le Giornate Mediche di Parigi.

Ferve la preparazione di questo Convegno, indetto dal 15 al 19 luglio, che ha lo scopo di presentare ai medici, in forma compatta, gli ultimi progressi compiuti nel campo diagnostico e terapeutico, mediante dimostrazioni pratiche negli ospedali e negli istituti di cura privati.

I lavori saranno presieduti dal prof. F. Widal. Segretario generale è il dott. Dujarric de la Rivière (18, rue de Verneuil, Parigi). Al Convegno sarà annessa un'esposizione, diretta dal sig. J. Faure (rue du Louvre 42, Parigi).

L'inaugurazione sarà fatta dal Presidente della repubblica. Sono in programma alcune conferenze, tra cui una di Calmette sulla vaccinazione antitubercolare, in seno all'adunanza generale. Sono annunziate varie escursioni e la fondazione di una « Unione internazionale dei Medici » a iniziativa del dott. Decourt, presidente dell'« Unione dei Sindacati Medici di Francia », allo scopo di promuovere gl'interessi materiali della professione.

Tassa d'iscrizione Fr. 50.

Congresso odontologico.

A Buenos Aires si è svolto il II Congresso Odontologico Latino Americano, ed ha approvato ordini del giorno perchè l'esercizio dell'odontologia sia riservato ai medici diplomati; perchè si aumenti il numero dei dentisti addetti all'Esercito ed alla Marina; perchè l'insegnamento dell'odontologia sia unificato nei diversi Paesi. Il Congresso ha adottato l'emblema proposto dal dott. Carrea.

Il prossimo congresso si adunerà a Rio de Janeiro, sotto gli auspici della Federazione Odontologica Latina Americana.

La medicina al Congresso internazionale di aeronautica.

Al III Congresso internazionale di Aeronautica, adunatosi recentemente a Bruxelles, una Sezione è stata riservata alla medicina sotto la presidenza del col. med. Demolder. Il dott. Sand, di Bruxelles, rilevò l'importanza epidemiologica degli scambi per via aerea. Furono approvati ordini del giorno per il campionamento dei pezzi degli apparecchi e perchè i fabbricanti provvedano alla protezione della testa degli aviatori, dato che la maggioranza degli infortuni letali sono dovuti a traumi della testa.

Assistenza sanitaria al Congresso Eucaristico internazionale.

In occasione del grande Congresso Eucaristico internazionale, che si adunerà a Chicago dal 20 al 24 giugno, sono stati mobilitati più di 400 medici, migliaia d'infermieri e di ausiliari e stanno impiantandosi un ospedale provvisorio a St. Mary's on the Lake, in Mundelein, otto stazioni di soccorso presso lo stadium del Gran Parco di Chicago, altre stazioni presso il palazzo municipale e al Coliseum.

Istituto Internazionale di Cooperazione intellettuale.

Questo Istituto è promosso dalla Società delle Nazioni. I rappresentanti dei principali uffici e istituti che lavorano a Parigi per lo sviluppo delle

relazioni universitarie fra i diversi Paesi, sono stati convocati e consultati sull'opportunità di organizzare una serie di conferenze per discutere i problemi della vita universitaria. Le personalità intervenute si sono pronunziate tutte a favore del progetto. Si è elaborato un piano per la prossima realizzazione di esso.

Esposizione medica di Filadelfia.

La «Sesqui Centennial Association» di Filadelfia ha stanziato 250.000 doll., pari a circa 7 milioni di lire, per un'Esposizione medica, la quale coprirà un'area di 15.000 piedi quadrati, pari a 1400 mq., e comprenderà tutte le fasi del trattamento dei malati; ne faranno parte un modello di sanatorio, varie sezioni per le specialità mediche, una sui progressi dell'insegnamento, una sulla farmacia, una sull'odontologia; le singole sezioni saranno affidate a medici di riconosciuto valore.

Esposizione del pronto soccorso a Ginevra.

Il Comitato internazionale delle Croci Rosse organizza a Ginevra un'esposizione di barelle, portantine, carri e pacchetti per il pronto soccorso individuale. Campioni degli articoli, corredati di una descrizione completa, devono inviarsi al Comitato organizzatore (promenade du Pin 1, Ginevra) non più tardi del 30 giugno p. v.

Raccolta di dati per temi di relazione.

Il prof. Carlo Gamberini, primario chirurgo dell'Ospedale Maggiore di Bologna, ed il prof. Pietro Marogna, dell'Istituto di Patologia chirurgica della R. Università di Sassari, redigeranno la relazione riguardante la *Tubercolosi genitale maschile* per il prossimo Congresso Internazionale di Urologia che si terrà a New York.

Il dott. Carlo Ravasini, medico primario della divisione urologica dell'Ospedale Regina Elena di Trieste e il dott. Carlo Chiaudano, medico assistente della sezione urologica dell'Ospedale Maggiore S. Giovanni di Torino, redigeranno per il prossimo Congresso della Società Italiana di Urologia che si adunerà a Padova, le relazioni sui temi: *Reflusso vescicorenale* (rel. Ravasini), *Diagnosi e terapia delle vescicoliti* (rel. Chiaudano).

I quattro relatori si rivolgono a quanti abbiano esperienze o studi su questi argomenti, perchè vogliano inviare loro lavori od estratti o comunicare il frutto delle loro esperienze. All'uopo sono stati preparati dei questionari. Le osservazioni verranno rigorosamente riportate agli autori che le hanno eseguite.

Lega italiana per la lotta contro il cancro.

In un'adunanza tenutasi il 26 aprile in una sala della Università di Bologna, presenti quasi tutti i membri della Facoltà medica, il presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Bologna, i rappresentanti degli Ospedali della città, della Società Medico-Chirurgica ecc., fu decisa all'unanimità la costituzione di una Sezione della Lega italiana per la lotta contro il cancro. Procedutosi all'elezione del Comitato sezionale, a norma dell'art. 7 dello Statuto della Lega, riuscirono eletti: presidente: prof. Giovanni Martinotti; vicepresidente: prof. Bartolo Nigrisoli; consiglieri: prof. Pasquale Sfameni, prof. Giacinto Viola, prof. Guido Tizzoni, prof. Donato Ottolenghi, prof. Arturo Lanzerini; segretario: prof. Gherardo Forni; economo-cassiere: prof. Pietro Caliceti.

Società medico-chirurgica di Pesaro.

Venne costituita circa due anni or sono; ne è presidente il prof. Filippo Fratini e segretario il dott. Giuseppe Barbieri. La società si è adunata cinque volte nel 1925 svolgendo argomenti scientifici sotto forma di comunicazioni e di relazioni a tema prestabilito. D'ora innanzi le adunanze avverranno soltanto per le comunicazioni dei vari soci.

Corsi speciali per medici condotti.

È uscito il programma della Scuola Medica Ospitaliera di Roma relativo ai corsi speciali per medici condotti che si terranno nel mese di novembre p. v. Gli interessati possono rivolgersi per notizie al segretario dott. Lupi, Policlinico Umberto I.

Cattedre Ambulanti d'Igiene Sociale ed Assistenza Infermiera e Delegazione di Sanità dei Fasci Femminili.

Le Cattedre ambulanti istituite dal Partito Nazionale Fascista con l'intento di esercitare un'efficace azione di propaganda igienica e di assistenza sociale, saranno diffuse in tutte le provincie d'Italia per mezzo delle Delegazioni provinciali.

Scopi dell'istituzione sono l'insegnamento delle norme pratiche di assistenza agli infermi, di puericultura, e di economia domestica, la propaganda per l'igiene industriale, rurale, infantile pre-scolastica e scolastica, antitubercolare e contro le altre malattie sociali, la vigilanza sui bambini lattanti, ed ogni forma di propaganda ed assistenza sociale che possa essere utilmente esercitata dalle infermiere fasciste a fianco degli ufficiali sanitari, dei medici condotti e dei sanitari della milizia volontaria nazionale.

La Delegazione di Sanità per i fasci femminili, oltre a favorire l'istituzione di Cattedre ambulanti provinciali, assumerà alle sue dipendenze alcune infermiere diplomate ed assistenti sanitarie specializzate, per inviarle a richiesta delle Delegazioni provinciali, dei Comandi della milizia nazionale, dei Fasci femminili e degli Enti aderenti all'istituzione, a tener lezioni e conferenze popolari, impartire insegnamenti pratici, svolgere corsi per infermiere famigliari e corsi di igiene per insegnanti, collaborare coi sanitari per la vigilanza baliatica e per altre forme di assistenza ambulatoria o domiciliare.

La Delegazione confida che la grande importanza sociale dell'iniziativa sarà apprezzata da tutti, invita all'adesione tutti gli Enti ed Istituti che hanno scopi di propaganda igienica o di assistenza sociale, e gradirà ricevere richieste di collaborazione da quanti hanno a cuore la salute e benessere delle nostre laboriose popolazioni e la protezione igienica delle nuove generazioni.

Delegata di sanità è la signora Ginevra Terni De Gregori.

Inviare le adesioni alla Direzione delle Cattedre Ambulanti, via S. Maria Valle 2, Milano, ovvero alle Delegazioni provinciali.

Per la preparazione igienico-sanitaria del personale di bordo.

È stato organizzato a Trieste un corso professionale per la preparazione tecnica del personale di bordo specializzato sull'assistenza igienico-sanitaria degli emigranti durante i viaggi transoceanici. Questo personale è destinato alla tutela fisica, morale e colturale degli emigranti; dovrà coadiuvare i RegiC ommissari nell'assistenza alle donne e ai fanciulli e nella sorveglianza sullo stato sanitario generale.

Le lezioni agli aspiranti al diploma di assistenti igienico-sanitari sono impartite nell'Ospedale Regina Elena; vi possono prendere parte individui di ambo i sessi.

Accordo Italo-Spagnolo per l'assistenza agli emigranti a bordo delle navi.

È stato firmato un accordo tra Italia e Spagna per la protezione ed assistenza degli emigranti a bordo delle navi. Mediante questo importante accordo si stabilisce che ciascuno dei due Governi si impegna ad assicurare che sui piroscafi della propria nazione sia prestata agli emigranti e rimpatrianti dell'altro paese la stessa protezione di cui godono gli emigranti nazionali. In quanto all'assistenza sanitaria, i piroscafi italiani diretti a porti di Spagna, quando imbarcano un numero non superiore a 50 emigranti spagnuoli, sono dispensati dall'obbligo di avere a bordo un medico e personale sanitario ausiliario spagnuolo, purchè però ci sia del personale italiano della categoria corrispondente nel numero richiesto dalla legislazione spagnuola, e a condizione che su quei piroscafi sia imbarcato un interprete per la lingua spagnuola. Le stesse disposizioni si applicano reciprocamente per gli emigranti italiani sui piroscafi spagnuoli.

La somministrazione del vino proibita nei collegi e negli istituti di educazione.

Nella nuova legge 10 dicembre 1925 sulla protezione e assistenza della maternità e dell'infanzia già pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale*, entrata in vigore il 7 maggio u. s., vi è una disposizione (articolo 23) per la quale: « sono vietate nelle scuole, nei convitti ed in tutti gli istituti di educazione e di ricovero, la somministrazione e l'uso di bevande alcooliche ai fanciulli ed adolescenti, comprendendosi fra tali bevande anche il vino ».

La legge non dice espressamente fino a quale età arrivino rispettivamente la fanciullezza e l'adolescenza, però da altre disposizioni in essa contenute si possono dedurre criteri per determinarle. Invero la legge vieta (art. 31) « ... l'impiego dei fanciulli... *minori di quindici anni compiuti*... nella preparazione di spettacoli cinematografici ed in pubbliche rappresentazioni », date nelle sale di varietà, nei cinematografi, ecc. E inoltre la legge dice (art. 23) che negli esercizi di vendita al minuto di qualsiasi bevanda alcoolica non possono essere impiegati i fanciulli ed adolescenti dell'uno e dell'altro sesso *minori di anni* 18 *compiuti*.

Dal che si rileva che il legislatore considera *fanciulli* i minori degli anni 15 compiuti, ed *adolescenti* quelli compresi fra i 15 ed i 18 anni compiuti.

Pertanto in tutti i collegi e gli istituti di educazione e di ricovero d'Italia, a partire dal 7 maggio u. s. restarono vietate la somministrazione e l'uso di bevande alcooliche compreso il vino, a coloro che hanno meno di 18 anni.

Contro il neomalthusianismo.

Contro la propaganda neomalthusianistica è insorta la Società Italiana di Eugenica, che ha costituito in tutta Italia dei Gruppi Regionali. Il Gruppo Napoletano, che conta fra i suoi soci, tra gli altri, il sen. Corradini, il sen. Pagliano, il prof. Castellino, il sen. Marciano, il prof. Boeri, il sen. Bianchi, ecc., ha nella sua ultima seduta riaffermata la necessità di intensificare la lotta, approvando la relazione e le proposte avanzate dal segretario, on. prof. P. Capasso.

Il nuovo regolamento per l'igiene del lavoro.

Il ministro on. De Michelis ha presentato al Consiglio Superiore dell'Economia Nazionale il regolamento per l'igiene del lavoro.

L'Ospedale di Isola del Liri.

Alla presenza dell'on. Panunzio, in rappresentanza del Governo, e con intervento delle autorità, delle associazioni e di tutti i Fasci della provincia con a capo l'on. Blanc, si è solennemente inaugurato l'ospedale di Isola del Liri, il cui padiglione principale è stato offerto dalle Cartiere Meridionali.

L'Opera, sorta per iniziativa dei combattenti col contributo del Comitato Piemontese pel terremoto, degli industriali ed operai e di tutti i cittadini è stata dedicata alla memoria dei 140 caduti per la Patria.

Beneficenza.

Una serata di gala all'Augusteo di Roma, in cui fu proiettata « La Crociera Nera », ha fruttato oltre L. 45,000, devolute all'Opera di Maternità Villa Abruzzi, presieduta da S. A. la Duchessa d'Aosta.

Trentennio di laurea.

I laureati della Sapienza Romana del 1896, compiendo quest'anno il loro trentennio di laurea, vollero, per opera del prof. Passera, ritrovarsi insieme ad amichevole convito. Questo venne apprestato alla Stazione, la sera del 29 aprile, in quella sontuosa sala in cui, 30 anni prima, ebbe luogo, con la presenza dei professori della Facoltà di quel tempo, il loro banchetto per l'imminente laurea. Vennero addottorati in quell'anno, essendo rettore magnifico il sen. G. Dalla Vedova, ben 86 medici. Alla simpatica festa parteciparono 32 commensali. Erano questi il prof. Riccardo dalla Vedova, figliolo del rettore di 30 anni addietro, direttore della Clinica chirurgica ortopedica di Roma e nuovo preside della Facoltà; il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'igiene del Governatorato; il prof. Ermanno Fioretti, incaricato di medicina operatoria; il prof. Giulio Galli, primario al Policlinico; il colonnello prof. Bianchi-Mariotti, capo-divisione alla Direzione centr. di san. mil.; il t. colonnello prof. Caccia, chirurgo all'ospedale del Celio; il t. colonn. prof. Pomponi, membro della Commissione per le pensioni di guerra; il prof. Ghedini, chirurgo a Ferrara; il prof. Fabrini, direttore dell'ospedale della Casa di Loreto; il prof. Pennesi, docente a Roma di patologia speciale medica; il prof. Milesi, chirurgo della Clinica Mazzoni; il prof. Sorgente, pediatra; il prof. Passera, oculista; il prof. Vincenzo Montesano, segretario della Società italiana di dermatologia e sifilografia. Intervennero pure i dottori: Rusconi, di Montecelio; Tarquini-Raveggi, di Tuscania; Gentili, di Rivodutri; Pertti, di Morrovalle; Orsini; Buzi, chirurgo ad Assisi; La Monica e il conte Politi-Flamini, ostetrico-ginecologi a Roma; Magalhi, Delpino, Imperiali e Tamanti, medici; Pampersi, chirurgo; Belloni e Lucatelli, dentisti; il conte Bulgarini, medico delle FF. SS.; Ciuchini, medico-condotto a Roma.

Numerosi e vibranti i discorsi. Il prof. Ermanno Fioretti, presidente del Sindacato med. fasc., propose l'invio al Capo del Governo di un telegramma.

I convenuti, prima di sciogliersi, vollero con affettuoso pensiero indirizzare un telegrafico saluto ai senatori Durante e Marchiafava, soli superstiti fra i loro cari Maestri di 30 anni addietro.

Il premio « Guido Baccelli ».

Quattordici anni or sono nell'aula della Clinica Medica al Policlinico Umberto I di Roma, si svolgeva una solenne cerimonia per la fondazione presso la R. Università di Roma di una medaglia d'oro annuale perpetua « al merito clinico » intitolata al nome glorioso di Guido Baccelli. Con ciò l'Istituto Nazionale Medico-Farmacologico, fondato e diretto da Cesare Serono, mirava a perpetuare il nome dello scienziato celebre, e a ricordarne le benemerenze molteplici. La prima medaglia venne offerta dal Magnifico Rettore dell'Università, al Maestro insigne, e negli anni successivi fu contesa da clinici illustri e da giovani speranze della Clinica.

Poichè col volgere dei tempi e delle circostanze la rendita del capitale consegnato all'Università dall'Istituto Nazionale Medico Farmacologico risultava insufficiente per la coniazione della medaglia d'oro annuale, l'Istituto volle con nuove donazioni integrare la somma occorrente. In questi giorni il prof. Serono ha consegnato al prof. Giorgio Del Vecchio, Magnifico Rettore, una cartella di Consolidato di L. 10.000 per lo scopo anzidetto. Il prof. Giorgio Del Vecchio, ringraziando a nome del Consiglio Accademico, si compiaceva vivamente del munifico atto, augurandosi che altri Enti seguissero il nobile esempio.

Commemorazione di Bassini.

Il 25 aprile ebbero luogo a Spezia solenni onoranze in memoria del sen. Eduardo Bassini, che fu chirurgo primario dell'Ospedale Civile della città negli anni 1881-83. All'Ospedale Civile Vittorio Emanuele II venne scoperta una lapide ricordante il soggiorno del Bassini nell'Ospedale; pronunciò una magistrale orazione il prof. Giuseppe Tusini, clinico chirurgo dell'Ateneo genovese, il quale prospettò la nobile e complessa figura del Bassini come patriota, scienziato e filantropo. Quindi si inaugurarono il Posto di pronto soccorso e la Guardia medica notturna intitolati al nome dell'eminente clinico padovano, sorti per iniziativa della Società di Pubblica Assistenza, e per l'opera tenace del suo presidente prof. Rinaldo Cassanello, chirurgo primario dell'Ospedale Civile. I locali, rispondenti alle più moderne esigenze igieniche e scientifiche, furono ammiratissimi dal numeroso pubblico accorso a visitarli.

Nella stampa sanitaria.

Con una lettera del prof. Roncali al prof. Scognamiglio ed una risposta del prof. Scognamiglio, inizia le pubblicazioni l'« Archivio per gli Studi Storici della Medicina e delle Scienze Naturali », supplemento alla « Gazzetta Internazionale Medico-Chirurgica »; è datata dalla fondazione di Roma e reca una dedica a Benito Mussolini; contiene articoli del Roncali, di Mastrorilli e recensioni.

Auguri.

Per la Facoltà Medica di Strasburgo.

La Rockefeller Foundation di New York ha assegnato 3 milioni di franchi alla Facoltà medica di Strasburgo, per edificare un istituto d'istologia e una clinica di oto-rino-laringologia, nonchè per sovvenire le ricerche scientifiche.

Ingrandimento dell'Università di Filadelfia.

Verranno costruite all'uopo, prossimamente, cinque grandi unità edilizie, una delle quali destinata alla scuola medica. Per quest'ultima si comincerà dai laboratorî di anatomia e di biochimica, per i quali il Ministero della P. I. e la Rockefeller Foundation hanno contribuito con mezzo milione di dollari, mentre altrettanti ne ha dati l'Università.

Per l'ospedale Francese di New York.

La Società Francese di Mutuo Soccorso di New York ha deciso di acquistare un'area alla West Thirtieth Street, per costruirvi un ospedale di dodici piani, in sostituzione dell'ospedale attuale sito alla West Thirty-Fourth Street 450; questo è capace di 105 letti e nel 1925 ha curato 2670 pazienti, di cui il 45 % gratis, senza riguardo a nazionalità, religione o partito. Si è aperta una campagna per la raccolta di 2 milioni di dollari, destinati alla nuova costruzione.

Ingrandimento di ospedali a Buenos Aires.

Un comitato per il riordinamento degli ospedali di Buenos Aires aveva approvato la spesa di 18 milioni di pesos, pari a 175 milioni di lire it., per l'ingrandimento degli ospedali; ora ha autorizzato una spesa ulteriore di 1.100.000 pes., pari a circa 11 milioni di lire it.

All'Ospedale Rawson lavoravano di recente 1200 operai; presto si metterà mano anche all'Ospedale Ramos Mejia. Le disponibilità di letti verranno ad aumentare di 2600, quando questi lavori d'ingrandimento saranno compiuti.

I medici ferroviari dell'Olanda.

L'Associazione dei medici ferroviari dell'Olanda ha celebrato il suo cinquantennio, sotto la presidenza del dott. Posthuma, il quale ha tracciato la storia dell'Associazione e ne ha illustrato le benemerenze.

Affermazioni di medichesse negli Stati Uniti.

Le medichesse negli Stati Uniti danno crescenti prove di preparazione, capacità, serietà e di cameratismo professionale.

Queste doti ricevono molte sanzioni. Eccone qualche esempio recente, che spigoliamo dal « Journal A. M. A. »: la dott. Josephine Milligan di Jacksonville è stata eletta presidente della Società Medica della Contea di Morgan; la dott. Florence M. Olmste è stata nominata direttrice dell'Ufficio sanitario di Kokomo, nell'Indiana; la dott. Esther Loring Richards, professore associato di psichiatria alla Scuola Medica dell'Università Johns Hopkins in Baltimora, è stata incaricata della relazione generale al Congresso tenuto dalla Società per la tutela dell'infanzia in Chicago, sul tema: « Il carattere del bambino ».

Un medico notaio.

« La Voce Sanitaria » del 5 aprile reca la notizia che il dott. Cardone esercita contemporaneamente le professioni di medico condotto e di notaio, a Pietralcina, presso Benevento; egli è anche laureato in medicina veterinaria.

Ricetta falsificata.

Un farmacista di Szombathely, in Ungheria, dopo avere spedito più volte una ricetta di morfina, si avvide che era falsificata e ne dette denunzia. Svoltasi la causa, il tribunale ha opinato che le parole incriminate « Repetatur semper Dr. Szatmári » non costituissero un falso di atto privato, ma solo un'offesa alle leggi sulla sanità pubblica, e condannò il responsabile — che risultò essere un proprietario locale — alla multa di un milione di corone, pari a circa 400 lire it.

Il prof. OTTO PIFFL, della Facoltà Medica Tedesca di Praga, è stato uno dei più reputati oto-rino-laringologi; è morto il giorno del suo 60° compleanno, il quale doveva essere solennizzato con una solenne cerimonia e con la presentazione di un volume contenente lavori di suoi allievi.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

☛ *Importante libro da consigliare per l'assistenza agli infermi:*

(adottato quale testo in moltissimi Corsi di istruzione per infermieri)

Prof. Comm. GIACINTO QUARTA già Medico aiuto negli Ospedali di Roma - Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma

Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito?

(Guida pratica per infermieri ed infermiere)

3ª edizione accuratamente riveduta e notevolmente ampliata

ECCONE IL SOMMARIO: PARTE PRIMA. NOZIONI GENERALI. - I. **Qualità e doveri di una buona infermiera** - II. **L'assistenza del malato in casa** - III. **Che cosa è un ospedale.** - IV. **Sanatorii.** — PARTE SECONDA. ELEMENTI DI ANATOMIA E FISIOLOGIA DEL CORPO UMANO. - I. **Elementi di anatomia**: A) *Dello scheletro dell'uomo* (Lo scheletro osseo. Le articolazioni e le loro varietà) - B) *Apparato muscolare* - C) *Apparato circolatorio* (Cuore. Vasi. Sangue) e *linfatico* (Vasi linfatici. Linfa). - D) *Apparato respiratorio.* E) *Apparato digerente e glandole annesse* (Fegato. Pancreas. Milza). - F) *Sistema nervoso centrale e periferico* (Cervello. Cervelletto. Ponte. Bulbo. Midollo spinale. Nervi periferici). - G) *Organi dei sensi* (Tatto. Gusto. Olfatto. Vista ed Udito). - H) *Apparato urinario.* - I) *Le regioni del corpo umano.* — II. **Nozioni elementari di fisiologia**: A) *L'apparato scheletrico e muscolare.* - B) *Apparato circolatorio.* - C) *Apparato respiratorio.* - D) *Apparato digerente.* - E) *Sistema nervoso centrale e periferico.* - F) *Organi dei sensi* (Vista. Olfatto. Gusto. Tatto ed Udito). - G) *Apparato urinario* (L'urina, sua composizione chimica. Principali caratteri fisici. Suoi componenti normali. Principali sostanze patologiche in essa contenute, e metodi relativi di ricerca). — PARTE TERZA. DELLE MALATTIE NEL CAMPO MEDICO E LORO CURA. - I. **Delle malattie nel campo medico in generale.** (Quali sono le cause delle malattie. I principali disturbi morbosi di ogni organo od apparecchio: tegumenti, apparato respiratorio, circolatorio, digerente, nervoso centrale e periferico, organi dei sensi, apparato urinario). - *La febbre* (Sua descrizione, suoi caratteri. Termometria). II. **Delle malattie infettive in generale.** *I microbi* (Patogeni e non patogeni) - *Le sorgenti di infezione.* - *Le vie di penetrazione.* - III. **Della pulizia e disinfezione delle infermerie per « malattie contagiose »**. (Isolamento degli infermi. Acque di lavaggio. I disinfettanti chimici solubili, i mezzi fisici. Disinfezione degli ambienti, dei mobili, degli utensili da tavola, dei libri. Lavatura della biancheria. L'autoclave. Le lisciviatrici). - IV. **Mezzi di difesa per l'infermiere contro le malattie infettive.** (Abiti dell'infermiere, le scarpe, la cuffia. Veste di corsia. Bagni generali, pulizia del viso e sue cavità, delle mani. Toletta dei capelli). - V. **Assistenza ai malati in genere, ed ai malati infettivi in ispecie**: A) *Le infermerie* (Ventilazione, illuminazione delle infermerie. Il letto dei malati. La pulizia dei malati. Il cambio della biancheria del letto e dell'infermo. Posizione del malato nel letto. Decubiti. Oggetti per defecazione e per la minzione. L'alimentazione dell'infermo). - B) *Tabelle dietetiche per infermi acuti.* - C) *Tabelle dietetiche per tubercolosi* (in Roma). - D) *Somministrazione dei medicinali.* (In forma solida, liquida, per via interna, per uso esterno, i revulsivi, i derivativi. Medicamenti per via anale, per via vaginale). - E) *Cateterismo vescicale. Irrigazioni uretrali. Lavaggi vescicali.* - F) *Medicatura ipodermica* (La siringa e sue parti costitutive. Vari tipi. Sua disinfezione. Gli aghi. I liquidi da iniettare: soluzioni, sospensioni. Ipodermoclisi). - G) *Toracentesi, paracentesi, rachicentesi* (relativo armamentario). - H) *I medicamenti per uso oftalmico.* - I) *I medicamenti per uso nasale.* - L) *I medicamenti per l'orecchio.* - M) *Bagni e docce* (Bagni semplici e medicati. Bagno freddo, tiepido, caldo, parziale e generale. Impacchi umidi. Bagni di luce, di fango, di sabbia). - VI. **Assistenza alla visita medica.** (Tenuta dell'infermiere durante la visita. Le cartelle cliniche. Oggetti necessari all'esame dell'infermo durante la visita). - VII. **Nozioni di patologia medica**: A) *Le malattie infettive più frequenti*: 1° Tifo addominale; 2° Dissenteria; 3° Tifo esantematico (distruzione dei pidocchi); 4° Colera; 5° Peste bubbonica; 6° Meningite cerebro-spinale epidemica; 7° Tubercolosi polmonare; 8° Morbillò; 9° Scarlattina; 10° Vaiolo (vaccinazione); 11° Difterite; 12° Influenza; 13° Pertosse; 14° Orecchioni; 15° Polmonite lobare; 16° Carbonchio; 17° Malattie veneree; 18° La malaria; 19° Cuore da sforzo; 20° Vizi valvolari del cuore; 21° Enterite acuta e cronica riacutizzata; 22° La scabbia; 23° La sifilide. - B) *Avvelenamenti.* Alcoolismo. Cocainismo. Avvelenamento da acido nitrico, cloridrico, solforico. Avvelenamento da soda potassa caustica, ammoniaca. Avvelenamento da acido fenico. Avvelenamento da cianuro di potassio ed acido cianidrico. Avvelenamento per arsenico, ossido di carbonio, oppio e morfina. Avvelenamento per mercurio, piombo, stricnina. Avvelenamento per rame, per cicuta. Avvelenamento per belladonna, atropina, acido ossalico, funghi. Avvelenamento da bromo, da iodio. - C) *Come si appresta un soccorso di urgenza in medicina esclusi gli avvelenamenti* (Vertigine. Lipomia. Sincope. Asma cardiaca. Asma bronchiale. Apoplessia. Colpo apoplettico Convulsioni epilettiche. Attacco isterico. Vomito. Crampi di stomaco. Delirio acuto. Alcoolismo acuto e delirium tremens. Epistassi. Emorroidi. Emottisi. Ernia strozzata. Ematurie. Enterorragie. Coliche intestinali ed epatiche. Asfissie [respirazione artificiale]. Folgorazione. Elettrizzazione. Insolazione e colpo di calore. Assideramento e colpo di freddo). — PARTE QUARTA. NOZIONI SULL'IGIENE, SULLA ALIMENTAZIONE, SULLA ASSISTENZA DELLA PRIMA INFANZIA - LE MALATTIE PIU' COMUNI DELL'INFANZIA. - I. **Sull'alimentazione del bambino.** (Necessità dell'alimentazione col latte materno. Controindicazioni all'allattamento materno. Allattamento a balia. Alimentazione dopo l'ottavo mese. Indizi di allattamento soddisfacente. Svezzamento. Allattamento artificiale). - II. **Nozioni sui principali disturbi del tubo gastro-intestinale dei bambini** - III. **Igiene generale infantile** (Camera del neonato. Idroterapia. Igiene pedagogica; educazione fisica. Indumenti dell'infante). - IV. **Sulle più comuni malattie infantili**: a) *Infezioni della mucosa orale* (Stomatite catarrale; mughetto. Stomatite aftosa); b) *Scrofolosi;* c) *Sifilide ereditaria;* d) *Malattia di Barlow;* e) *Rachitide;* f) *Vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo;* g) *Convulsioni dei bambini;* h) *Le paralisi infantili spinali e cerebrali;* i) *Meningiti* (in specie la tubercolare); l) *Tosse convulsiva o pertosse;* m) *Emorragie ombelicali;* n) *Mastite dei neonati;* o) *Ittero dei neonati;* p) *Oftalmoblenorrea dei neonati.* — PARTE QUINTA. DELL'ASSISTENZA AI MALATI CHIRURGICI: A) *Trasporto dei malati.* - B) *Delle sale di medicazione* - C) *Delle sale di operazione* (Sulla cloroformizzazione e sulla eteronarcosi). - D) *Lesioni violente* (Contusioni, Distorsioni, Lussazioni, Fratture). - E) *Delle ferite* (Ferite da punta, da taglio. Ferite contuse). - F) *Complicazioni delle ferite* (Emorragie, Tetano). - G) *Ustioni.* - H) *Lesioni violente dell'occhio* (Lesioni della congiuntiva, della cornea, del cristallo). -I) *Lesioni violente dell'orecchio* (Traumi dell'orecchio esterno, della membrana del timpano). - L) *Lesioni violente del naso.* - M) *Corpi estranei nella laringe.* - N) *Fasciature* (Del modo di fare una fasciatura. Fasciatura del cranio, faccia, naso, occhi, collo, torace, addome, arti superiori ed inferiori). - O) *Massaggio e smobilizzazione.* - **Bibliografia.** - **Termini tecnici più comuni.** - **Indice Generale.** - **Indice Alfabetico.** - **Elenco degli Autori citati.**

Riportiamo qui di seguito qualcuno dei giudizii emessi intorno a questa nostra pubblicazione:

Nel Giornale Ufficiale della **Croce Rossa Italiana,** Anno VIII, Fasc. I (Gennaio 1923), il Chiar.mo prof. Tullio Rossi Doria, dopo una completa disamina del contenuto delle cinque parti del volume, così conclude: « **Riassumendo, il libro del prof. Quarta non potrebbe essere più chiaro, facile, completo, preciso di così. È nel suo genere, un vero capolavoro e non una sola persona — medico od infermiera o madre di famiglia — dovrebbe mancare di questo libro di Croce Rossa al quale auguriamo la diffusione che merita** ».

La Rivista **Minerva Medica** di Torino, nel 1° fascicolo del 1° gennaio 1923, dopo una estesa relazione del contenuto del volume, conclude: « Il Manuale del prof. **Quarta** è stato giustamente apprezzato nelle sue precedenti edizioni, sicchè è giunto in pochi anni alla terza; esso, oltre che per l'istruzione degli infermieri e delle famiglie nell'assistenza ai malati, è **particolarmente utile ai medici che debbono tenere corsi di insegnamento ad infermieri, a militi della Croce Rossa, conferenze di volgarizzazione sulla assistenza agli infermi, sul pronto soccorso e simili** ».

La Delegata della Presidenza Generale per le Infermiere della Croce Rossa Italiana (Signora di Targiani Giunti march. Irene) in data 27 aprile 1923, scrive: « **La ringrazio dell'interessante ed utile pubblicazione ch'Ella ha voluto cortesemente inviarmi e della quale sto facendo ampia propaganda fra le nostre infermiere** ».

Un volume nell'ampio formato della nostra « Collana », di pag. IV-327, nitidamente stampato su ottima carta, con 104 figure intercalate nel testo. — Prezzo L. **18** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **16** in porto franco

---

Inviare vaglia postale all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA.

ANNO XXXIII Roma, 31 Maggio 1926 Fasc. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONTRIBUTI CLINICI.

CLINICA OCULISTICA DELL'UNIVERSITÀ TEDESCA DI PRAGA.
Direttore: prof. dott. A. ELSCHNIG.

Il trattamento del glaucoma

per il dott. CARLO ASCHER, libero docente.

La nota presente non è fatta per il medico oculista specializzato, non rappresenta pertanto un riassunto di tutto ciò che si è fatto ed intentato nel campo del trattamento del glaucoma; deve invece render note le direttive, che si sono andate delineando in base alle esperienze fatte in questi ultimi anni alla clinica diretta dal mio maestro Elschnig e che sono praticamente applicabili nel trattamento molto discusso del glaucoma. Non ci nascondiamo, che, riguardo la cura del glaucoma e per concepire l'intimo suo essere, molto ci resta da imparare. Tuttavia si possono e si debbono stabilire certe direttive pratiche. Riguardo l'indicazione, sia dell'operazione in genere e del periodo propizio per un intervento chirurgico, sia riguardo al metodo operatorio nel dato caso, gli autori non sono tutti d'accordo. Mentre gli uni, specialmente nel glaucoma compensato (vedi poi) si astengono da qualsiasi intervento, gli altri consigliano di operare, anche se per qualche lasso di tempo erano riusciti di normalizzare la tensione intraoculare mediante altri mezzi. Ciò che noi nominiamo glaucoma è tutt'altro che un concetto ben definito. Anche togliendone il glaucoma secondario, dovuto a cause ben note, residenti nell'occhio stesso, rimane pur sempre una sindrome — glaucoma primario — delle cui cause (locali, nell'occhio stesso? d'origine nervosa, processi di ricambio?) nulla sappiamo di ben certo, nè nel caso singolo, nè considerando il quadro clinico in genere.

Si comprende nel termine di glaucoma un aumento della tensione intrabulbare associato a fatti anatomici e funzionali, che portano alla perdita della vista. In un numero rilevante di casi la causa di tale aumento della tensione è ben nota ed è riconoscibile mediante un accurato esame dell'occhio — glaucoma secondario — in un gruppo ben più grande, però, le cause di tale processo sono finora sconosciute — glaucoma primario. — In ambedue i casi può avverarsi, in seguito ad ostacolata circolazione del sangue, una stasi nella regione dei vasi ciliari — iniezione pericorneale ed episclerale — contemporaneamente la cornea leggermente si offusca, e la sua superficie — immagine specchiata — diventa scabra. Glaucoma incompensato od infiammatorio, — forma questa ultima, che per l'insorgere repentino e minaccioso è meglio nota al medico pratico — oppure il processo si svolge senza sintomi di stasi, sicchè la

semplice ispezione non permette di riconoscere il pericolo imminente. Corrispondentemente i sintomi nel glaucoma compensato sono tutt'altro che allarmanti ed il lento deperimento del visus non viene avvertito dal paziente, perchè le turbe del campo visivo non insorgono nelle parti centrali del campo bensì sono precedute da un allargamento della macchia cieca verso l'alto e verso il basso, poi da un difetto a settore nella parte nasale e finalmente da un restringimento concentrico. Appena più tardi si verificano dei difetti centrali. Il glaucoma incompensato invece si manifesta con sintomi soggettivi molto allarmanti. Intense cefalee a forma emicranica, spesso accompagnate da vomito, vista annebbiata, fosca, e visione di colori inducono il malato di presentarsi al medico già durante il primo assalto.

Nel trattamento del glaucoma secondario noi dobbiamo in prima linea rivolgere la nostra attenzione alla causa dell'aumento di tensione ed all'eliminazione di esse. Gli aumenti di tensione in seguito a ferite od in seguito ad intense infiammazioni nel segmento anteriore del bulbo passano spesso senz'altro, e, se ciò non fosse il caso, basterà l'applicazione di freddo asciutto, sospendere l'istillazione di atropina e l'uso dei miotici, pilocarpina ed eserina, talvolta invece è indicata la dilatazione energica della pupilla — il discrimine spetta all'oculista —, tal altra è utilissima la paracentesi della cornea. Il glaucoma dovuto a sinechie anteriori o posteriori (accollamento dell'iride alla cornea od al cristallino) si cura mediante intervento chirurgico: iridectomia, scioglimento delle sinechie. È di grande valore, nel trattamento delle sinechie posteriori ad anello, con iride protrusa (bombée) onde ristabilire la comunicazione fra camera anteriore e posteriore, la trasfissione dell'iride protrusa con un coltellino del Graefa. Il glaucoma in seguito a tumescenza del cristallino dovuta a trauma o spontanea (cateratta senile) può esser guarito togliendo il cristallino tumefatto. Alterazioni nel segmento posteriore del bulbo, che danno un aumento di tensione, sono spesso di tale gravità, che in tali casi non è il glaucoma, bensì la malattia causale che determina l'indicazione (tumori maligni, emorragie gravi intraoculari).

Prima di inoltrarci nella cura del glaucoma primario, vogliamo ricordare i due più importanti errori diagnostici, che purtroppo portano sempre ancora a perdizione degli occhi affetti da glaucoma. Mentre nel glaucoma incompensato, in ispecie se si manifesta in persone anziane, viene scambiato dal medico poco esperto con la cataratta senile ed il paziente invitato ad attendere la maturazione della cataratta, chè essa divenga facilmente operabile — quando poi la cataratta viene dichiarata matura spesso l'occhio è già spento in seguito a glaucoma; il glaucoma incompensato viene spesso confuso con un iridociclite e, con l'uso irrazionale dell'atropina, annientato quel tanto di visus che, con terapia razionale avrebbe potuto essere salvato. Per evitare questi errori bisogna ricordarsi quanto segue: Pur vedendo svilupparsi nell'occhio senile una cataratta, pur avendo rilevato, transiluminando con lo specchio, le opacità del cristallino, non è detto che la diminuzione del visus sia esclusivamente da ascriversi a tali opacità. Spesso il medico dimentica, che al di là delle opacità del cristallino possono celarsi varie affezioni oculari, anche il glaucoma, e che un glaucoma compensato non deve necessariamente arrecar dolore. Soltanto un esame specialistico con istrumenti speciali può escludere la presenza di un'altra causa, che spieghi le turbe visive; ciò si riferisce ispecie al glaucoma. Ci vuole per lo meno, astrazion fatta per l'ottamoscopia, la misurazione della tensione intrabulbare (l'accertamento con la palpazione digitale, anche avendo molta pratica, non è sufficiente, la misurazione viene eseguita per lo più con il tonometro dello Schiötz) e la determinazione del campo visivo. Questi metodi preservano, previa esatta visita dell'occhio, dai citati fatali errori. Ai medici che sanno maneggiare l'ottalmoscopio va ricordato, che la nota escavazione della papilla (escavazione glaucomatosa) si riscontra appena in periodi avanzati, e che dunque l'assenza di essa non elimina il sospetto di glaucoma. D'altro lato non bisogna dimenticare, che esiste un'escavazione fisiologica grande, la quale arriva sino al margine o quasi della papilla e che non dev'esser confusa con la escavazione glaucomatosa marginale: in breve, la diagnosi del glaucoma è da affidarsi al medico specialista; ma di ricordarsi che potrebbesi, nel caso concreto trattare di glaucoma; ecco il dovere di ogni medico. In quanto riguarda la confusione con l'iridociclite bisogna ricordare i sintomi differenziali, che si possono rilevare anche senza istrumentario specialistico. L'iniezione pericorneale è, nell'irite rosso-chiara, nel glaucoma incompensato piuttosto rosso-cupa, l'epitelio corneale nell'irite è per lo più liscio, nel glaucoma incompensato zigrinato, la camera anteriore nel glaucoma incompensato piuttosto bassa, la pupilla ampia; nell'irite essa è stretta. Se il glaucoma compensato non viene riconosciuto a tempo, l'occhio si spegne lentamente; se però il glaucoma incompensato viene confuso con l'irite e trattato, data la diagnosi errata, con l'atropina, allora la vista si perde rapidamente, intensificatisi i dolori.

Un gruppo a sè formano i glaucomi infantili: il bulbo affetto da glaucoma infantile cede sotto la aumentata pressione intrabulbare ed assume tal-

volta dimensioni enormi; all'ispezione esterna ci sorprende la grandezza della cornea, e più di un bambino, ammirato nei suoi primi giorni di vita per i suoi occhioni grandi, è in seguito acciecato per glaucoma infantile od idroftalmo. Siccome il male si manifesta per lo più in ambo gli occhi, bisogna raccomandare speciale attenzione al medico pratico. Se dei coniugi hanno procreato uno o più bimbi affetti da idroftalmo, tale fatto forma, a mio modo di vedere, un'indicazione per prevenire altre gravidanze. Le probabilità di guarire l'idroftalmo già manifesto sono ancora minori che non quelle per il glaucoma in genere. In via terapeutica bisogna ricorrere ai medesimi espedienti, come per il glaucoma negli adulti. Per la poca efficacia di altri interventi sono state raccomandate le operazioni fistolizzanti.

Come si delinea la cura del glaucoma primario, cioè di quei casi di tensione endobulbare aumentata, per la quale nell'occhio stesso non troviamo la causa?

Noi dobbiamo distinguere fra trattamento medicamentoso locale e generale, e trattamento chirurgico. Noi ci preoccupiamo anzitutto di ridurre un glaucoma incompensato ad una forma di glaucoma compensato: se ciò ci riesce ed anche in caso diverso tentiamo di diminuire la pressione endobulbare, perchè l'esperienza c'insegna che con ciò viene ad essere arginato il deperimento ulteriore del visus. Date le correlazioni fra emozioni psichiche da un lato e tensione arteriosa ed endobulbare dall'altro, noi tenteremo anzitutto di tranquillizzare per quanto possibile il malato, e cercheremo di diminuire la pressione mediante un abbondante salasso o mediante altri presidi terapeutici. Un attento esame generale, come in tutte le affezioni oculari, non va tralasciato. Localmente faremo uso dei miotici (salicilato di eserina al 1/2-1 %, cloridrato di pilocarpina al 2 %) per istillazioni, la frequenza di esse va regolata a seconda del grado della tensione. Talvolta è necessario di istillare ogni ora o persino ogni mezz'ora, in certi casi, un'unica goccia del miotico salva la situazione (libera l'angolo iridocorneale, aumenta la superficie resorbente dell'iride?) La maggioranza dei glaucomi compensati presentano tensione più alta al mattino che alla sera, la pressione endobulbare può persino essere normale la sera mentre la tensione al mattino è elevata. Siccome si osserva (seppur più di rado) il comportamento inverso (Raeder) si debbono assolutamente fare delle misurazioni della tensione a vari periodi della giornata. La luce non fa danno all'occhio glaucomatoso, al contrario ci sono dei glaucomi che reagiscono alla luce (restringimento della pupilla), con notevole diminuzione della tensione, sino a raggiungere valori normali (Serr). Anche le usuali occupazioni non sono da proibirsi (nell'accomodare la pupilla si restringe) ma in questo riguardo bisogna individualizzare. Se con l'uso dei miotici i fenomeni di iscompenso rientrano e la tensione assume valori normali, molti oculisti sono d'avviso che hanno raggiunto la meta e che possono limitarsi a consigliare la istillazione di miotici e controllare il malato. Secondo le esperienze della clinica di Elschnig vale meglio di usufruire di tal periodo di tregua e di normalizzare mediante un intervento operativo la tensione in modo duraturo. Con ciò non si evita la necessità del periodico controllo, bensì la continuata istillazione di miotici. Se mediante l'uso dei miotici non si raggiunge un abbassamento della tensione oppure, almeno, la sparizione dei sintomi di scompenso, si può tentare l'iniezione sottocongiuntivale di adrenalina (inibizione della produzione di umor acqueo), o di altre materie chimiche simili (Glaucosan), senza dimenticare, che anche con questo mezzo il risultato non sarà sempre duraturo. Anche l'iniezione intravenosa o la somministrazione orale di soluzioni di cristalloidi ad alta concentrazione (10 % NaCl, 20 % glucosio) indicata dal Hertel è in grado di ridurre notevolmente la pressione endobulbare (azione osmotica, all'occhio viene sottratto del liquido). Ma tale azione dura di rado più di qualche ora. Avendo agio di osservare periodicamente ed a brevi intervalli un occhio, che mediante le cure citate è stato ridotto a tensione normale e potendo sorprendere un eventuale nuovo aumento della tensione l'operazione è meno urgente che presso malati i quali probabilmente non avranno occasione di ripresentarsi a determinati periodi. In questi ultimi casi ed in quelli che nonostante l'uso di miotici e di iniezioni di adrenalina mantengono una tensione elevata l'operazione diventerà inevitabile. L'iridectomia classica del Graefe, in uso per quasi 3/4 di secolo, viene eseguita ancora spesso alla clinica di Praga, ma non tanto spesso quanto in molte altre cliniche. Astrazione fatta per il glaucoma secondario con molte sinechie posteriori o sinechie posteriori ad anello, ove l'importanza dell'iridectomia è indiscussa (operazioni di sostituzione come l'iridotomia del Curran non hanno dato risultati duraturi) noi vorremmo limitare l'uso dell'iridectomia ai casi di glaucoma incompensato tipico, che non sono riducibili con l'uso dei miotici, nè con le iniezioni di adrenalina. Quanto più alta è la tensione intrabulbare prima dell'intervento, tanto più si raccomanda di prendere delle misure precauzionali per diminuire i pericoli del forte e subitaneo abbassamento della tensione. Salassi, somministrazione intra-

venosa di soluzioni molto concentrate di sale o di zucchero, massaggio del bulbo, e diminuzione della tensione mediante sclerotomia posteriore sono da prendersi in considerazione. (L'operazione testè citata consiste nell'attraversare la sclera con il coltellino o cheratotomo, evitando le vene vorticose nella regione equatoriale del globo, previo spostamento laterale della congiuntiva, evacuando una quantità esigua di umor vitreo). La iridectomia antiglaucomatosa in occhi fortemente incompensati dovrà esser eseguita in narcosi generale. Altrimenti basta istillare 4-6 volte una sol. di cocaina al 4 % con qualche goccia di adrenalina all'1 ‰.

Il taglio con il cheratotomo dev'essere ampio e deve distare dal lombo per ca. 2 mm. Dopo il taglio è opportuno di istillare sull'iride, che spesso prolabisce, qualche goccia di cocaina prima di afferrarla con la pinza, di riporla e di stenderla in basso, per nuovamente portarla attraverso la ferita e tagliarla con le branche delle forbici parallele all'incisione corneale. Una rivista delle iridectomie che furono eseguite negli anni 1907-1924 in casi di glaucoma alla clinica di Praga dimostra, che l'azione dell'iridectomia in ispecie nei glaucomi incompensati, è favorevole. Essi rimangono invariati riguardo visus e tensione o persino migliorati nel 77 %, però bisogna notare che, dato il materiale fluttuante e le grandi distanze, non sono stati osservati per più di un anno che circa la metà dei casi. Nei glaucomi compensati soltanto il 60 % rimase inalterato riguardo visus e campo visivo, l'1/4 dei casi fu osservato per più di un anno. Uthoff a Breslavia ha avuto numeri superiori di buoni risultati. Noi abbiamo abbandonato, per i scarsi risultati dell'iridectomia nei glaucomi compensati, questo metodo e ci siamo decisi per la ciclodialisi, che del resto eseguiamo sempre più di frequente anche nei glaucomi incompensati. Questo metodo operatorio indicato dal Heine consiste nel distaccare 1/4-1/3 del corpo ciliare dalla sua inserzione al limite sclero-corneale mediante uno spatolino ricurvo, che attraverso una breccia sclerale viene introdotto nella camera anteriore. Secondo l'intenzione dell'inventore in tal guisa deve risultare una via, che dalla camera anteriore conduce nello spazio sopracoroidale. Il fatto, che in molti occhi, enucleati per ragioni accessorie e sui quali fu a suo tempo eseguita una ciclodialisi, tale via non è reperibile, non significa ancora un argomento contro la possibilità che in casi a decorso più favorevole tale comunicazione possa persistere. Difatti R. Salus ha riferito alcuni anni fa su circa 350 casi di ciclodialisi eseguiti nella clinica di Praga. In circa 80 % dei glaucomi compensati il risultato fu favorevole (si mantenne il visus ed il campo visivo) e ciò con cernita rigorosa del materiale. Viceversa secondo Salus la ciclodialisi sembra meno adatta pei casi incompensati. Essa dà in casi consimili soltanto il 60 % di risultati buoni; 26 paia d'occhi, sui quali da un lato venne eseguita l'iridectomia, dall'altro la ciclodialisi segnarono risultati migliori all'occhio ove venne eseguita l'iridectomia per 4 volte, 10 volte negli occhi operati di ciclodialisi; 12 volte i risultati furono presso che uguali in ambo gli occhi. Nel 1/4 % dei casi dopo l'iridectomia fu necessario intervenire una o più volte. Nei casi di ciclodialisi interventi susseguenti, considerando circa 400 casi, furono necessari soltanto nell'1/6 %. La ciclodialisi si presta ad essere ripetuta in un altro quadrante all'occhio medesimo. Per la prima volta viene eseguita per lo più nel settore inferiore esterno. Noi reputiamo che la ciclodialisi è indicata quale primo intervento, perchè pur essendo tecnicamente un po' più difficile che l'iridectomia, è meno mutilante e garantisce in un buon numero di casi una regolazione duratura della tensione.

L'operazione del De Vincentiis ha uno scopo simile a quello della ciclodialisi, noi non abbiamo raccolto delle esperienze sufficienti per valutare la sua efficacia, perchè l'abbiamo sperimentata soltanto casualmente.

Un gruppo a parte formano le operazioni fistolizzanti, che tutte sono riducibili all'iridosclerotomia indicata dal Lagrange nell'anno 1905. La fistola intentata molto prima da Maklakoff era differente che non quella nell'operazione del Lagrange. Il concetto dell'operazione sta nel fatto, che si è tentato di stabilire una comunicazione fra camera anteriore e spazio sottocongiuntivale da un lato, fra camera anteriore e posteriore dall'altro, per garantire un lento e continuo passaggio di umor acqueo e in tal modo abbassare durevolmente la tensione. Non è il caso di inoltrarci nella descrizione delle varie modificazioni che furono indicate nel corso degli anni, basterà notare, che Elliot ha insegnato di eseguire la sclerotomia con un trapano, ed ha reso l'operazione tecnicamente più facile, raccogliendo plauso generale. Astrazion fatta per i pericoli, che incombono agli occhi operati di glaucoma con altri metodi, si è notificato, dopo l'operazione dell'Elliot relativamente di spesso un'infezione tardiva. Le nostre esperienze ci fanno apparire fortunatamente tale avvenimento come molto raro, però bisogna considerare, che casi consimili non si ripresentano all'operatore. Noi ci siamo abituati di riservare la sclerectomia quale operazione molto efficace per quei casi, nei quali non hanno condotto alla meta, cioè alla regolazione della tensio-

ne. Prima di eseguire tale intervento bisogna adoperare tutte le cautele che si usano in un intervento nel quale si apre la cavità bulbare (esame batteriologico del secreto congiuntivale). Dopo dimesso, al paziente debbonsi prescrivere l'uso continuo di una soluzione disinfettante, controllo della tensione, del visus, del campo visivo; controllo al quale sono da assoggettarsi tutti i casi di glaucoma.

Molto interessanti ci sembrano le riflessioni di Quaglinos e D. Basso, dei quali il primo consigliò la sclerectomia, ma con un taglio speciale, che rende possibile, in caso di bisogno, la fistulizzazione.

Noi disponiamo di una serie di operazioni antiglaucomatose, che hanno però di fronte alle menzionate minore importanza pratica. Che un'unica paracentesi della camera anteriore può, in qualche caso, essere sufficiente per regolare in modo duraturo **la tensione** è già stato detto. La sclerotomia anteriore di Mauthner-Wecker corrisponde, nelle sua essenza, ad una doppia paracentesi della camera anteriore ed è da considerarsi quale operazione paliativa, alla quale segue talvolta un abbassamento della tensione che dura qualche tempo. La sclerotomia posteriore è in uso da noi quale operazione preparativa in casi, ove, data la tensione intrabulbare molto alta, temiamo di provocare una repentina e forte discesa della pressione nel segmento anteriore del bulbo. Tali sbalzi repentini sono spesso accompagnati da gravi inconvenienti, e citiamo i repentini peggioramenti del campo visivo e le emorragie gravi quali eventi più importanti.

Come stabilire nel singolo caso di glaucoma l'indicazione? A tale domanda si potrà rispondere in modo meno assoluto che non alla domanda, ad esempio, che riguarda l'indicazione per una operazione di cataratta. Il medico pratico, quale consigliere del suo malato, si troverà talvolta impacciato, indicando uno specialista l'intervento quale urgentissimo, l'altro (in tali casi si consultano spesso tre e più specialisti) ritenendo controindicato qualsiasi intervento. La verità sta probabilmente nel mezzo: presso malati assennati, che si presentano regolarmente a controllo, si potrà differire l'intervento sino a che senza istillazione troppo frequente di miotici la tensione, il visus, il campo visivo si mantengono normali e sino a che all'esame dell'occhio non si riscontrano peggioramenti dei sintomi caratteristici del glaucoma (specialmente escavazione della papilla del nervo ottico). Nei casi rimanenti l'operazione è indicata, ed alla ciclodialisi bisogna dare la preferenza di fronte ad altri metodi di maggiore entità.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVICO S. SAVERIO
SUCCURSALE PRINCIPE UMBERTO - PALERMO.
Sezione Chirurgica diretta dal dott. GIRGENTI.

Un caso di sarcoma della guaina vascolare del collo

per il dott. FRANCESCO SPECIALE, assistente.

La presenza della guaina vascolare del collo è stata oggetto di studio da parte di numerosi osservatori con diversità di conclusioni. Infatti Merkel nega l'esistenza della guaina comune che avvolge i vasi ed asserisce che la carotide e la giugulare decorrono in mezzo al cellulare.

Testut e Iacob invece sostengono che i diversi elementi di cui è formato il fascio vascolo-nervoso (vena giugulare interna, arteria carotide comune e nervo vago) vengono riuniti da una comune guaina connettivo-fibrosa, resistente, la quale appare evidentemente una dipendenza dell'aponeurosi cervicale media.

Charpy non comprende come vi siano degli autori che si ostinino a negare l'esistenza di una guaina comune del fascio carotideo e sostengano che carotide e giugulare siano soltanto immerse nel cellulare interaponeurotico, mentre esiste un rivestimento comune lamellare che avvolge i due vasi ed il nervo. La presenza di questa guaina è ben dimostrabile con delle iniezioni.

Bize dice che attorno ai fasci vascolari esiste una guaina dovuta a semplice ispessimento del connettivo o a sdoppiamento aponeurotico e che da questa guaina si staccano dei sepimenti che traversano la cavità da parte a parte, dividendo i vasi l'uno dall'altro.

Uno studio istologico sull'argomento è stato fatto dal Salvi. L'A. ha studiato le guaine nell'uomo ed in alcuni mammiferi osservando che dette guaine sono veramente comuni nel senso che in un'unica concamerazione è contenuta la vena e l'arteria e che il loro spessore è in relazione inversa col calibro dei vasi che esse rivestono; essendo minimo in corrispondenza dei vasi principali degli arti e del collo.

Distingue tre strati: uno esterno fibroso, più o meno spesso, alle volte mancante, con pochissimi vasi e che forma al fascio un involucro comune; un secondo strato intermedio sieroso, costituito da connettivo lasso e finalmente uno strato interno, situato fra lo strato sieroso e l'avventizia vasale, costituito da connettivo denso, ricco di vasi, di tessuto elastico e di adipe. Questo strato interno costituisce un involucro che non è comune a tutti gli elementi del fascio, ma proprio a ciascuno di essi. Sicchè il solo strato in-

terno fa parlare di guaine vascolari proprie, contenute entro una guaina comune.

Gli studi del Salvi sono stati ripresi dal Ferrarini che li ha estesi alle guaine dei fasci maggiori tanto più che per il carotideo esistevano delle diversità di vedute.

L'A. nel fascio carotideo descrive: uno strato periferico elastico-connettivale, lamellare, che è comune per tutti gli elementi del fascio e che include questi in un unico astuccio, ed uno strato centrale cellulo-adiposo, che è proprio di ciascun elemento. Lo strato periferico è separato dalle guaine proprie per l'interposizione di una quantità di spazi e di fessure linfatiche. Quindi le guaine centrali che sono proprie di ciascun elemento del fascio, non sono dati da setti divisori provenienti dalla guaina periferica comune, ma si debbono considerare come formazioni speciali, indipendenti dalla guaina periferica. Il Ferrarini ha potuto dimostrare quindi come la struttura della guaina comune dei fasci vascolari di grosso calibro, ripete fondamentalmente quella della guaina dei fasci di calibro medio, già studiata dal Salvi. Si deduce da ciò che in medicina operatoria dopo avere aperta la guaina comune del fascio, bisogna incidere una guaina propria di ciascun elemento.

Il caso clinico riguarda A... Antonino, da Valguarnera, di anni 55, contadino. Nega precedenti ereditari. A 22 anni sposò ed ha avuto tre figli che godono ottima salute. Dice di non avere avuto mai malattie all'infuori di qualche affezione di natura influenzale. L'attuale infermità data da circa tre mesi. A quell'epoca, a dir dell'infermo, senza causa apprezzabile, notò alla regione laterale destra del collo la comparsa di una piccola tumefazione che è gradatamente cresciuta di volume. Non ha avuto febbre, alle volte dolore, e man mano che detta massa è cresciuta di volume, ha notato un senso d'impaccio nei movimenti di lateralità del collo.

L'infermo asserisce che da circa un mese è notevolmente deperito, con mancanza di appetito, senso di nausea per tutto, ed in vista di ciò e per la tendenza della detta massa ad accrescere, si è deciso ricorrere all'ospedale il 9 luglio 1925.

E. O. Individuo di costituzione generale scadente. Muscoli discretamente sviluppati. Nulla alla testa, torace, addome ed agli arti. Al collo, in corrispondenza della regione carotidea destra, notasi una massa della forma e volume di un mandarino, ricoperta da pelle di colorito normale. Detta massa è più estesa nel diametro verticale. La pelle soprastante è sollevabile in pliche; la massa è poco mobile ma leggermente spostabile nei movimenti di lateralità. È di consistenza duro-elastica e pressando su di essa si suscita dolore. Non si sposta nei movimenti di deglutizione. Essa è situata dietro lo sterno-cleido mastoideo ed invitando l'infermo a rotare la testa a sinistra, viene leggermente ridotta.

Reazione Wassermann negativa.

V. Pirquet negativa. Nulla nelle urine e nello sputo. Nessun infiltro glandolare della regione sopraclavicolare ed ascellare.

Dati i caratteri descritti si è pensato potersi trattare di una neoplasia sviluppatasi con tutta probabilità lungo il decorso del fascio vascolare.

Viene operato il 13 luglio 1925 (operatore dottor Girgenti). Anestesia generale etero-cloroformica. Incisione al margine interno dello sterno-cleido-mastoideo. Si incide la pelle, sottocutaneo, pellicciaio, l'aponeurosi cervicale superficiale e media e si cade sulla guaina comune del fascio nerveo-vascolare. Incisa questa guaina si è mostrato subito il tumore. Scollando in alto si è potuto osservare che la neoplasia faceva corpo con la faccia interna della guaina comune, non riuscendo a staccarla. Viceversa presentava aderenze con la vena giugulare interna che per quanto assai intime si è riusciti a rompere senza bisogno di legare o pinzare il vaso. La carotide primitiva ed il nervo vago erano spostati lateralmente e posteriormente. Appena enucleata la massa neoplastica si sono riavvicinati gli elementi del fascio e poi dietro sutura dei piani, si è chiuso.

Guarigione per primam. L'infermo ha lasciato l'ospedale il 3 agosto 1925.

La massa asportata pesa 47 gr. È di consistenza duro-elastica, di colorito rossastro, ricoperta da una capsula. Al taglio presenta la superficie di sezione costituita da tessuto fibroso e poco adipe aderente alla massa.

L'esame microscopico fa osservare la massa neoplastica avvolta per la massima parte della sua estensione da una fascia ricca di fasci collageni. Dalla capsula connettivale si addensano nello spessore delle singole sezioni dei setti robusti i quali sepimentano incompletamente dei segmenti di sostanza nei quali si riconoscono qua e là delle chiazze necrotiche.

La parte più caratteristica del tumore è rappresentata da grossi accumuli cellulari situati in una ganga connettivale generalmente tenue la quale però in certi punti manca del tutto. Le cellule sono prevalentemente affusate in gran parte orientate tutte nello stesso senso. Si hanno anche elementi rotondeggianti. Il nucleo, ovoidale nelle prime, rotondeggiante nelle seconde, è generalmente vistoso e ricco di cromatina.

Alcune cellule sono in evidente attività cinetica. Nella massa principale del neoplasma, rappresentata, come si è visto, da queste cellule, non si apprezzano vasi sanguigni grossi, ma si hanno soltanto capillari, mentre vasi grossi si hanno nella capsula ed in genere alla periferia di tutta la massa sezionata.

Dalla detta descrizione risulta la diagnosi istopatologica di sarcoma fuso-cellulare.

I tumori delle guaine vascolari non sono reperti tanto frequenti. Sui 23 casi per ora conosciuti, 10 interessano la guaina femorale e 9 quella carotidea, mentre altri 4 riguardano l'ascella ed il poplite. È da osservare inoltre che fra 10 tumori benigni, 8 appartengono al collo e solo 2 alla coscia; ed inversamente dei 9 maligni solamente 1 si riferisce al collo, contro 8 per la coscia. Cicala da ciò deduce che la struttura della guaina

femorale, rivestita e rafforzata dalla loggia omonima, ricca di elementi connettivali, è più adatta a dimostrare la genesi dei tumori che in essa si sviluppano con maggiore frequenza (fibro-sarcoma).

Gli autori non sono di accordo sulle caratteristiche cliniche dei tumori che si sviluppano nelle guaine vascolari.

Per Iordan i tumori partenti dalle guaine vascolari non hanno caratteristiche istologiche speciali che permettono distinguerli dai tumori nascenti dalle guaine muscolari, dalle guaine tendinee e dalle guaine dei tronchi nervosi.

Regnault descrive come sintomi clinici caratteristici dei tumori delle guaine vascolari prima di tutto la sede di sviluppo del neoplasma, nel posto cioè ove decorre un grosso fascio vascolare; che la neoplasia sia relativamente mobile quando appartenga ad un fascio che è ricoperto da lamine sottili e viceversa si presenti come fissa quando il fascio è ricoperto da aponeurosi robuste; la presenza di propaggini lungo la direzione del fascio vascolare, la non spostabilità degli elementi del fascio ed in ultimo i possibili, anzi frequenti disturbi di circolo che suole produrre.

Da ciò si rileva facilmente che nessun sintoma può veramente dirsi patognomonico per potere senz'altro formulare una diagnosi clinica di neoplasia delle guaine vascolari.

Tutto quello che Regnault ha descritto, può benissimo pensarsi sia per le neoformazioni che hanno la sede d'impianto tanto nella loggia vascolare, nella guaina del vaso o nella parete del vaso stesso.

Ferrarini infatti, dati questi rapporti topografici così vicini, pensa anche alla difficoltà di una diagnosi guidata dal semplice criterio clinico. Uno dei dati più importanti per l'A. è la dissociazione dei singoli elementi del fascio vascolare da parte del neoplasma. Questo allontanamento dei rapporti è un criterio importantissimo e che si controlla sempre al tavolo operatorio.

Borzini crede di dovere escludere la presenza di sintomi particolari potendo confondersi con quelli analoghi originati da elementi connettivali od adiposi delle fascie o degli spazi vicini.

Il nostro caso clinico che è il 2° della letteratura di neoplasia maligna della guaina vascolare del collo, dimostra la mancanza di sintomi patognomonici propri di questi tumori e la quasi impossibilità di una diagnosi clinica con assoluta certezza; viene a confermare la dissociazione, lo spostamento degli elementi del fascio, carattere descritto dal Ferrarini e controllabile alla biopsia; e finalmente che i disturbi di circolo che il Regnault dice di riscontrare con notevole frequenza, possono benissimo mancare.

BIBLIOGRAFIA.

BORZINI. Tumori, 1919.
CICALA. *Sopra un caso di lipoma della guaina carotidea.* Cult. Med. Mod., 1923.
CINQUEMANI. *Un caso di lipoma della guaina carotidea.* Cult. Med. Mod., 1924.
CHARPY. *Aponéuroses du cou.* Traité d'A. hum. POIRIER et CHARPY.
DE QUERVAIN. *Ueber die Fibrome des Haltes.* Arch. f. Kl. Chir., Bd. 58.
FARABEUF. *Précis de manuel opératoire.*
FERRARINI. *Sopra i tumori primitivi delle guaine vascolari.* Clin. Chir., 1913.
MARCOZZI. *Contributo istologico e clinico intorno ai tumori primitivi guaine vascolari.* Rif. Medica, 1915.
RAZZABONI. *Sarcoma primitivo della vena safena interna.* Arch. Ital. Chir., 1920.
ROMITI. *Trattato di Anatomia.*
REGNAULT. Citato da FERRARINI.
SALVI. Monit. Zoolog. Ital., 1896.
ID. Atti Sez. Toscana Sc. Nat., 1900.
TESTUT-IACOB. Anatomia Topografica.
IORDAN. *Tumori solidi del collo.* Trattato Bergmann.
MERKEL. *Ueber die Halsfascie.* Anat. Hefte, 1891.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Breve nota sulla recente epidemia influenzale (inverno 1926).

Dott. GAETA RICCARDO.

Durante la recente epidemia influenzale che ha colpito anche la Romagna in una forma quasi assolutamente benigna, si sono spesso presentati nel mio ambulatorio convalescenti di tale malattia lagnantisi di profonda astenia, facili sudori, tosse stizzosa, anoressia e violenti dolori di capo.

All'esame di questi pazienti nella maggioranza dei casi ho riscontrato aspetto leggermente sofferente con pallore più o meno spiccato, raucedine, lieve tachicardia, intense nevralgie a carico del V e quello che più m'importa di rilevare e che forma l'oggetto della presente nota, rantoli umidi a piccole bolle sparsi per tutto l'ambito respiratorio, ma il più delle volte *localizzati esclusivamente su uno o entrambi gli apici polmonari.*

Tale « catarro apicale » simulava perfettamente una forma specifica. Così invece non era. E se nei primi casi ho potuto dubitare e rimanere perplesso sulla prognosi e cura, il successivo decorso ha posto nella sua vera luce l'etiologia di questa localizzazione apicale.

Infatti dopo una quindicina di giorni al massimo di una cura appropriata (espettoranti, ricostituenti) i rantoli in ogni caso si sono dileguati e con essi tutto quel corteo sintomatico che contribuiva ancor più a fuorviare la diagnosi e cioè il pallore, l'astenia, la tosse e le eventuali poussées febbrili serotine.

È chiaro che in questi casi era in gioco una *bronchite metainfluenzale a sede apicale*, presentante tutti gli aspetti di una forma bacillare.

Svariate sono le malattie che per il loro andamento e sintomatologia possono confondersi con la tubercolosi.

Io credo che fra esse spetti un posto anche all'infezione grippale per mezzo delle sue manifestazioni o complicazioni tardive con questa differenza che quivi l'inganno sarà soltanto passeggero, potendo, in capo a due settimane circa, a guarigione avvenuta, essere messa nella sua vera luce la realtà del quadro morboso.

Sarò lieto se altri colleghi in altre zone potranno constatare questa mia osservazione.

Poggio Berni (Forlì), marzo 1926.

COMMENTI.

Osservazioni sull'emofilia.

Riceviamo:

In merito a quanto è detto nell'interessante lavoro del dott. Monteleone apparso nel numero del 15 marzo c. a. di codesto spettabile giornale e che cioè non fossero a conoscenza dell'A. altri casi di emofilia apparsi nella provincia di Roma e quindi illustrati in lavori speciali, credo dover ricordare che:

1) il prof. Ficacci illustrò due casi di emofilici, nativi di Genzano, all'Accademia medica in un lavoro intitolato: *L'artropatia emofilica;*

2) il dott. Costantini illustrò altro caso di emofilia sempre in individuo nato nella provincia di Roma e così il prof. Raffaele Bastianelli;

3) il prof. Attili descrisse anch'esso casi del genere in nativi di Scrofano nei lavori: *Atti dell'Associazione Romana tra i cultori dell'Elettrologia e della Radiologia*, 1924; *La Radioterapia eccitante* (XXXI Congresso Medico Internaz., 1925); *Archivio di Radiologia*, n. 5, 1925.

Dott. FLAMINIO RICCI.

Ho, con piacere, preso nota delle indicazioni che il dott. Ricci mi fornisce a complemento del mio breve lavoro. In questo, basandomi sulla esperienza comune degli Ospedali e delle Cliniche, ho espressa l'opinione che la emofilia fra di noi sia un fenomeno raro. Ed infatti ho scritto « *credo* » che il caso da me illustrato sia il primo notato per la provincia di Roma: ritengo però che se il collega Ricci fosse andato ancor più indietro negli annali medici di Roma, altri casi avrebbe trovato e potuto aggiungere alla sua enumerazione senza purtuttavia nulla togliere all'accertato fatto — accertato da medici di Ospedali, di Cliniche, dai pratici tutti — che fra noi la emofilia è un fenomeno raro. Ad ogni modo, indottovi dal rispetto verso il collega, ho ritenuto mio dovere seguirlo ed analizzare con attenzione le indicazioni date, ed ho potuto constatare:

1) che nel caso del Costantini (*Gazzetta medica di Roma*, 1907), la diagnosi di emofilia non è sicura: mancano infatti i due dati caratteristici che della malattia in discorso ne fanno un ben netto tipo fra le diatesi emorragiche, mancano cioè l'aumento del tempo di coagulazione del sangue, in diversi esami mostratosi normale, manca ogni fatto morboso dal lato materno donde avrebbe dovuto emanare la ereditarietà morbosa, osta alla prima legge del Grandidier l'aver constatato fatti emorragici nelle sorelle e nei fratelli del p.

2) che del caso dell'Attili nessun cenno anamnestico-clinico-ematologico è fatto. L'A. nel suo lavoro si limita ad affermare di aver tentato la radioterapia eccitante in un emofilico, della cui patria nulla sappiamo;

3) l'importante lavoro del prof. Ficacci m'era sfuggito. In esso (*Atti dell'Accademia medica di Roma*, 1910), come pure nel lavoro del prof. Bastianelli (*Rivista Ospedaliera*, 1912) sono però prese in considerazione essenzialmente le manifestazioni articolari, ed è del tutto omessa la parte ematologica: ma, per puro caso, sia l'uno che l'altro A. non accennano alla patria dei loro pazienti.

Ad ogni modo ringrazio il dott. Ricci di aver trovato interessante il mio lavoro e di averlo fatto oggetto della sua analisi: egli ancor di più, sulla scorta dei dati fornitimi, si potrà ora convincere che il caso da me illustrato è veramente il primo della provincia di Roma studiato nel modo più completo dal punto di vista clinico e dal punto di vista della moderna ematologia.

Dott. REMO MONTELEONE.

DIVAGAZIONI.

Azione dell'alcoolismo nella poesia e nella letteratura in genere.

In generale, quando nella vita di un poeta o comunque di un letterato si parla di alcoolismo, i critici dell'arte e i non critici, medici e profani, si dividono in due schiere. Gli uni dicono: « Il tale poeta ha ucciso il suo ingegno col vino ». Gli altri esclamano: « Il vino lo ha rivelato, perchè, se non avesse bevuto, non avrebbe potuto scrivere ».

I primi imprecano ancora: « Maledetto il vino che uccide i più bei geni! ». I secondi osannano: « Benedetto, in questi casi, il vino che ha saputo far cantare così alto un'anima di poeta ».

Di chi la ragione? Chi coglie nel segno?

Giudizio davvero difficile! Nè io oserò assidermi sul seggio di Salomone per definire la controversia. Non ho la sua sapienza nè, debbo pur confessarlo, la sua età per avere la sua sapienza. Porterò solo il contributo di qualche modesta osservazione fatta su tale argomento, osservazione che, se non avrà il merito del giudizio salomonico, avrà quello di essere frutto sincero, non contaminato da scuole (perchè nato in me e finora per me solo) di uno studio lungo che mi ha appassionato per più anni.

Critici acerrimi, incanutiti in una propaganda assolutista, giovani focosi, trascinati da una qualche insana corrente letteraria che vuol vedere il bello nell'aberrazione di un'arte spasimante di vizio, vecchi catoni e giovani ribelli ondeggiano ora in alta, ora in bassa marea:

Come mar fa per tempesta
Se da contrari venti è combattuto.

E non son venuti nè verranno ad un concordato, mai?

*
* *

Se il vino della Bibbia, se l'acqua della vita che nel suo misterioso laboratorio primo assaggiò (Noè dell'alchimia) il buon Arnaldus Catalonus o Arnaldo da Villa-Nuova, furono spesso, sempre quasi, messi in compagnia delle Muse; se i freddi Scandinavi proclamarono nell'Edda che il loro idromele era capace di dare agli uomini la poesia, se gli antichi indiani cantavano nel sacro Rig-Veda: « Noi bevemmo il soma, noi divenimmo immortali » e chiamarono la loro bevanda con il poetico e panteistico nome di « Soma » che vale « sprazzo della sostanza eterea »; se tutto questo è avvenuto — per i loro Dei! — qualche cosa degno di essere preso in istudio ci dovrà pur essere e questo qualche cosa bisognerà pure studiarlo, non fosse altro che per vedere quello che a noi, popoli inciviliti, può sembrare di male.

Ma se passiamo ora ad esaminare in qual modo l'alcool agisca nell'arte di un poeta, in qual modo questo, che indiscutibilmente è veleno, modifichi l'espressione di quel mistero gaudioso e doloroso che si chiama arte, se veniamo a questo esame, dico, ci troviamo di fronte ai guai.

E solo potremo trovare il nostro filo d'Arianna, prendendo ad esaminare un poeta nel suo stato non patologico, nel suo canto fisiologico, seppure normalità si possa chiamare la poesia oppure eccezionalità.

Che cosa è un poeta?

Dante ce ne dà la definizione bella:

Io mi son un che quando
Amore spira, noto...

E così è infatti. Il poeta è prima di tutto un emotivo, emotivo in cui qualunque stimolo può provocare una risposta tanto diversa da quel che potrebbe fare altrove, un emotivo nel quale una visione, una sensazione, banale per chiunque altro, è capace di muovere una fantasmagoria dolcissima, affascinante. Ma a tale emozione dunque che è la molla, la messa in marcia, deve essere unita una fantasia viva e potente che trascini il poeta in un mondo tutto suo, che gli faccia vivere una vita astratta, che gli dia il potere di dire alla fugace sensazione che l'ha colpito, come Faust disse all'attimo fuggente: « Fermati, sei bella.

E così il poeta ferma sulla carta la sua sensazione di un momento in un ammasso informe, molte volte grezzo come pepita terrosa dalla quale verranno poi gioielli radiosi per opera dell'artefice. Ed ecco che di conseguenza viene il terzo tempo: l'elaborazione della sensazione. Lavoro minuzioso di lima, di cesello, di rifinitura paziente non solo, ma sapiente di modo che una sola parola fermi con contorni netti e precisi un fatto, uno stato d'animo, di modo che un verso racchiuda in una forma scultorea tutto un concetto. Lavoro dunque in cui è in gioco tutta la critica di una mente che saldamente riposi su basi sane e non malate. Una fantasia viva e potente deve essere dunque una delle basi del poeta. Ognuno di noi ha in sè, dice G. Carducci, una vita fantastica. Ma questa naturale fantasia nella vita normale e pratica vien tenuta in freno da poteri di inibizione (chiamiamoli così in generale) che impediscono che questa qualità intralci la praticità della vita alla quale siamo assoggettati, che impedisca di vedere quali sono realmente le condizioni da cui è circondata la nostra esistenza.

Anche nel poeta durante la sua vita ordinaria questa fantasia è tenuta in freno; ma basta una emozione (egli è, ricordiamolo, un emotivo) che agisca come urto psichico a liberare in una data direzione questa sua bella incatenata.

Consideriamo ora per un momento, astraendo l'idea del poeta, l'azione generale dell'alcool e consideriamola nell'ebrezza acuta presa in sè senza preoccuparci di precedenti o di altri fattori concomitanti.

Una delle azioni predominanti dell'alcoolismo acuto è quella di assopire, diciamo così, i centri inibitori, onde l'ubbriaco perde ogni ritegno e davanti a qualunque pubblico fa discorsi e fa azioni che spesse volte il tacere è bello. Fermiamoci su questo punto che è un fatto indiscutibile: le inibizioni non agiscono più.

Ma la fantasia che in ciascuno di noi sonnecchia, tenuta in freno per un processo di inibizione del quale noi comunemente non ci rendiamo conto, viene ad essere liberata, come viene liberata ogni altra espressione della vita intellettuale e vegetativa.

E quindi ecco le parole di tanti psichiatri i quali asseriscono come Kraepelin, che l'alcool avendo un'azione eccitante sui centri motori, favorisce le creazioni della immaginazione; come Tanzi, che l'alcool dà un senso di agevolezza psichica, pur avendo le idee un corso saltuario e slegato; come G. Ferrari, che nell'ebrezza si ha una iperideazione dovuta all'aumento dell'eccitazione intellettuale.

E quindi ecco la manìa di tanti ubriachi a voler tenere discorsi in pubblico, a voler comporre canzoni estemporanee, a voler fare tratti di spirito ad ogni costo.

Osserviamo ora quel che può accadere nel poeta. Abbiamo visto che questo strano animale è un emotivo dotato di una potente e fervida fantasia. Se in lui un qualunque stimolo, che per altri rimane muto, agisce come potente urto psichico (adeguato sempre però ed equilibrato) tale da risvegliare quella sua bella fantasia, che urto psichico formidabile dovrà essere per lui questa ebrezza che in chiunque è capace di risvegliare la fantasia!

Un urto fenomenale, un colpo di mina che fa tremare tutta la roccia, non adeguato per aprire soltanto una strada.

E in risposta a questo tremendo cozzo è una ideorrea, uno sfrenarsi scomposto di tutta la fantasia e sono idee ed idee che si spargono come puledri selvaggi che abbiano rotto il recinto, senza nessuna guida, senza nessuna regola. Sono idee belle e brutte che il poeta getta sulla carta e, osservando queste idee, troviamo una cosa la quale non dovrebbe farci meraviglia, ma alla quale si pensa di rado. L'ubbriaco comune crede che tutto quello che fa, sia bello e sia fatto bene, perchè la critica, che in fondo è nella famiglia delle inibizioni, non gli fa vedere l'oscenità o l'inopportunità dei suoi atti e delle sue parole. E per la stessa ragione il poeta crede che sia bello tutto quello che scrive, salvo poi ad accorgersene, quando la sbornia sarà smaltita.

Allora riprende quella accozzaglia, la rilegge e son due i casi: o non ci trova nulla di buono e la getta con rabbia (e in questo caso della sbornia gli rimane solo la cefalea, la lingua patinata, i disturbi gastrici), oppure ci trova un'idea, due idee, un concetto buono venuto in mezzo a tanta ideorrea.

Allora, se è vero artista, lascia passare quel senso di ottusità intellettuale che gli è rimasto e a mente serena e calma, tornato lui, veramente lui, prende quel concetto, lo plasma, gli dà una forma elegante, lo lima, lo cesella, lo accarezza sì da farlo divenire radioso e, se è stato capace di tale miracolo (poichè *poeta nascitur* e non c'è vino che abbia tale potere) lo presenta alle menti e al cuore del suo prossimo.

C'è un secondo caso. Si dice a volte: Il tale, se non avesse bevuto, non avrebbe saputo scrivere. Non c'è bisogno che si ubbriachi nel vero senso della parola, ma deve prendere ogni mattina, ogni volta che si mette al lavoro, quei due o tre bicchieri di vino generoso, quel tale bicchierino di rhum che gli dia l'agilità necessaria a compiere un lavoro mentale.

Da fuggirsi questi casi, perchè molto più pericolosi del primo! Che significa infatti tale asserzione?

Significa questo. Chi beve così, anche se crede di farlo per esercizio spirituale, lo fa effettivamente per un'altra ragione. Perchè ha bevuto sempre, perchè da giovane, da studente si è ubbriacato e non certamente per il fine che il vino potesse sgranchirgli la mente, ma perchè pensava che « il dolce liquor di bacco » era soave come gli occhi delle sue dolci amiche; e nelle goliardiche taverne risuonava il teutonico:

Gaudeamus igitur
Dum juvenes sumus,

o l'italianissimo inno del Magnifico:

Come è bella giovinezza
Che si fugge tuttavia!...

Se passa la gioventù, un'altra sirena dagli occhi non meno soavi delle sue dolci amiche rimane a quello che amò tanto i suoi giovani anni. Le amiche tenere son diventate anch'esse vecchiotte o giù di lì, ma quella sirena che è rimasta, non invecchia mai. Essa è immortale e si chiama Poe-

sia, divina e sovrumana compagna di pochissimi eletti, poichè, come dice il Vangelo, « molti saranno i chiamati, pochi gli eletti ».

E il poeta corre ad essa, eterno amante che da quel lato mai non invecchia. Ma l'alcoolismo precedente lo ha abbattuto. Dove sono gli agili ritmi sonori di un tempo? Dove i concetti luminosi che lo esaltavano? Egli sonnecchia sul quaderno aperto, scrive, cancella, riscrive, si alza....

Ah! la mente intorpidita, stanca, sonnacchiosa! Giù un buon bicchiere di vino, due, magari tre... la mente si risveglia, ritorna agile, ritorna lui insomma ed allora impetuosa risorge l'anima del poeta ed il suo inno od il suo canto si alza bello e sonoro tra un folgorare di luce, ammantato di bella melodia. Che gli fa se questo miracolo durerà solo una mattina? La sera ci saranno altri due o tre bicchieri a rinnovare ancora la stessa mente.

Meccanismo diverso dal primo. Una mente resa torbida dall'alcoolismo cronico può risentire il benefico effetto di una nuova dose di veleno come il morfinomane sente il nuovo risorgere di vita all'iniezione di una nuova dose di farmaco; ma non si accorgono entrambi che sono entrati fatalmente nel circolo vizioso e che ogni nuova dose di veleno, se dà l'illusione di una nuova vita, lascia più freddo e più oscuro intorno a sè.

*
* *

Questa è l'azione dell'alcool in un poeta.

Ora passiamo al problema centrale. In un poeta, in un letterato, l'alcool ha nociuto o ha giovato nella sua produzione artistica?

Si capisce bene che ora il problema verte in altra direzione. Possiamo noi dire che se il tale non avesse bevuto, avrebbe scritto meglio o peggio, sarebbe riuscito più o meno celebre?

Tale domanda può sembrare assurda, perchè ciò che non è stato e che non si può riprodurre sperimentalmente, non si potrà sapere giammai. Quindi le risposte che si danno in generale riposano sopra un dogma.

Dicono i vecchi Catoni: « Maledetto il vino ».

Dicono i giovani ribelli: « Benedetto il vino ».

Ma io osservo: « Non si può dire nè l'una cosa nè l'altra, perchè di assoluto non c'è nulla. Bisogna osservare caso per caso, bisogna studiare anzitutto la vita di questo uomo, bisogna conoscere bene quali sono i difetti o le prerogative degli alcoolizzati, bisogna sviscerare spassionatamente l'opera in esame, bisogna cercare la critica letteraria fatta da persone di non dubbia competenza, per vedere quali sono i difetti letterari rilevabili in essa e cercare se si possono per avventura collegare ai disturbi psichici noti degli alcoolizzati, bisogna considerare i concetti che sono espressi in tale opera, e questo sempre relativamente ai tempi nei quali il poeta è vissuto, poichè non bisogna dimenticare che l'epoca influisce potentemente sullo scrittore e bisogna infine ricercare se nella vita del soggetto in esame ci sia stata qualche altra manifestazione psicopatica dovuta a tare ereditarie o ad altre intossicazioni che possono disturbare il quadro dell'alcoolista puro.

Facendo tutto questo lavoro, che richiede mesi a volte (lavoro che ho fatto per diversi casi in uno studio che deve venire alla luce) ci si può dire quasi padroni di quell'opera così sviscerata e si potrà, mai con sicurezza ma con qualche approssimazione, affermare: L'alcool ha agito in questo poeta così e così.

E in tal modo si potrà anche sapere come avrebbe scritto quel tale poeta, se non avesse bevuto, poichè, se dall'opera sua togliamo in massima ciò che all'alcool è attribuibile, rimane ciò che è insito nel poeta e che è proprietà sua e non del veleno.

Ho accennato di aver fatto uno studio simile (non posso dire con ciò di aver la pretesa di essere riuscito a fare delle affermazioni esatte) e credo che, togliendo le inevitabili graduazioni e sfumature, si possa dire che l'alcool può agire in due modi sulla produzione artistica di un letterato.

Primo caso. Il vizio ha indebolito il potere intellettuale di un poeta nello stesso modo che si legge nei libri di psichiatria, quando parlano dell'alcoolismo cronico. Svogliatezza, incapacità di lavorare, di affrontare ostacoli intellettuali, di approfondire concetti. E tutto ciò in un letterato si traduce nella sciatteria dello stile, nella mancanza di rifinitura, di lima, di cesello, nelle espressioni male appropriate, perchè l'Autore non aveva la volontà e la forza di stillarsi il cervello per trovarne di adatte, mentre qua e là sono sprazzi di luce colti a primo acchito e riusciti bene solo perchè nati bene e non richiedenti un lavoro successivo che altrimenti non sarebbe stato fatto.

Alcuni di questi poeti poi hanno saputo mascherare tale deficienza, proclamando che il loro programma era quello di cantare all'indefinito, alla sfumatura, forse per non confessare che alla vera arte, scultorea e precisa, non si sentivano capaci di arrivare. (Su tali Autori ho fatto lunghi studi porgendo come esempio, rispettivamente, Emilio Praga e P. Verlaine). La poesia però c'è sempre in essi. Essi sono indiscutibilmente poeti, poeti veri, i quali, se sentono la dolce canzone che batte il tempo dentro la loro anima, non la sanno esprimere in modo adeguato. E si sente che sono poeti, perchè lo si indovina tra una sciat-

teria ed una troppo sfumata sfumatura che alla fine non esprime più nulla. In questi casi che ho appena abbozzati e che spinti oltre sarebbero arrivati alla demenza (il che in parte accadde a Verlaine) ho ravvicinato queste incertezze, queste manchevolezze (la critica letteraria le enuncia soltanto) con il fisico « tremor potatorum » e le ho chiamate « tremori dell'intelligenza ». Non pretendo dare, lo ripeto, delle regole assolute; ma in tali casi si può arguire che tali deficienze sono esclusivamente applicabili all'alcool. Quindi si può pensare che, tolte esse, sarebbero rimasti i concetti belli, torniti da un'agile mente e quindi offerti come sano prodotto poetico.

*
* *

Secondo caso. Il vizio ha potuto giovare al poeta.

Intendiamoci. Gli ha potuto giovare, non perchè abbia ingigantito il suo genio, ma perchè, non impoverendo il potere intellettuale del poeta (almeno in modo evidente) lo ha indirizzato per vie non battute da alcuno, dandogli una personalità così caratteristica e così spiccata che lo ha staccato dai suoi contemporanei e lo ha dato all'immortalità.

Questo alcoolismo però, dobbiamo pure osservarlo, non è la sbornia volgare; è l'alcoolismo in grande stile, con allucinazioni uditive e visive e con le consecutive idee deliranti.

Tale alcoolismo possiamo rilevarlo in due modi nell'arte di questi tali; nel caso di Edgardo Poe per es., col ravvicinamento immediato di ciò che egli descrive nei suoi « Racconti straordinari » con quello che si legge dei deliri alcoolici nelle storie cliniche dei malati (compito questo non indifferente che mi ha costato mesi e mesi di fatica); nel caso di T. Hoffmann, quando si ha la fortuna di avere a pubblica conoscenza quello che l'Autore scriveva nel suo diario intimo, con tutta la descrizione delle allucinazioni e delle idee deliranti che sconvolgevano l'Autore e che si ritrovano espresse poi nella sua opera.

Quanto al caso di Swift, l'Autore dei « Viaggi di Gulliver », esso è più simile a Poe che a Hoffmann.

In questi casi, dobbiamo pur confessarlo, l'alcool ha giovato, nel senso detto prima, alla fama del poeta. E vediamo come.

I racconti straordinari di Poe sono il frutto di stati e di deliri, come è già stato detto: ma io arrivo più in là e dico che essi sono la *descrizione esatta* abbellita dal poeta e resa accessibile al pubblico, di deliri sofferti. Non solo il Poe prende spunto dai suoi deliri per fare i suoi racconti, io dico, ma li espone. È dunque una vita vissuta che palpita nelle sue pagine, una vita sofferta psichicamente e materialmente dall'Autore; vissuta nel delirio sì, ma non per questo meno intensamente, perchè sappiamo che le allucinazioni si vivono realmente e del delirio alcoolico, a differenza degli altri deliri, si serba il ricordo vivo per giorni e giorni. L'urto psichico del delirio ha commosso l'anima del Poeta che risponde a quest'urto in modo del tutto individuale; esso rende suo, assimila quel mondo di favole, perchè quella favola egli l'ha vissuta e la porge al pubblico attonito come cosa vera: di modo che, trascinando con sè questo pubblico, fa vivere in esso cose che per tutti sono straordinarie, tranne che per lui. Per questo la irrealtà più irreale prende, per il genio di Poe, palpiti di vita così vera. Miracolo inaudito, non del vino, ma dell'artefice. Il vino, se non ha ingigantito il genio, ha prodotto però fenomeni tali che in lui solo sono stati capaci di così meravigliose risposte. E possiamo affermare realmente che il vino ha dato la fama al Poeta: infatti togliamo questi racconti straordinari dalla letteratura di Poe: rimangono scritti di critica letteraria, di giornalismo, di considerazioni filosofiche, di poesia, di polemica; tutti scritti belli, senza dubbio, ma che non avrebbero fatto forse valicare l'Oceano al suo nome, rendendolo immortale.

Così pure possiamo dire di Hoffmann, che è così originale nella sua concezione circa i legami che lo avvolgono all'ultra mondano, facendo di questa una professione di fede filosofica e non un artificio letterario. Se tale concezione, che non è altro che un'idea delirante, proveniente dalle sue allucinazioni, non fosse basata su convinzioni dell'autore, i suoi scritti non avrebbero certamente quel carattere di verità che lo distingue dai suoi contemporanei pure così fantastici, ma da lui così diversi, perchè in fondo fanno sempre pensare che non sono molto convinti di ciò che dicono.

E così possiamo sospettare per Swift circa la origine dei suoi « Viaggi di Gulliver » i quali, per me, hanno un sicuro punto di partenza da allucinazioni alcooliche lillipuziane e gigantesche, quali si ritrovano spesso negli alcoolizzati. Che sarebbe restato di Swift senza i racconti di Gulliver? Nulla assolutamente che gli avesse dato la fama che ha.

Perchè negare dunque l'influenza o il contributo, se questa sembra parola più appropriata, che l'alcool ha sicuramente portato in questi autori? Essi sono eccezioni forse, ma esistono; eccezioni che non confermano la regola (come spesso si ama ripetere, quando non si sa più che dire)

ma che scuotono un po' l'abitudine di affermare che l'alcool *indiscutibilmente* ha nociuto all'arte di un Poeta.

Non ho voluto con questa nota indicare un nuovo metodo di critica. Non sarebbe il caso. Ho voluto osservare che quando si dice: « il Poeta X ha bevuto » non bisogna con questo affermare che esso si è diminuito, poichè in qualche raro, rarissimo caso, ha attinto fama dal suo vizio.

Ho voluto inoltre dire a quei tali che credono che, bevendo, possono dare anch'essi i frutti meravigliosi di qualche poeta bevitore, come a quei tali che credono che per il solo fatto di bere trenta o quaranta tazze di caffè possano somigliare a Voltaire, perchè di questo si narra che così facesse, ho voluto dire a quei tali che la poesia è una bella sirena ammaliatrice, dal canto dolcissimo e affascinante, ma troppo alta e troppo pura per lasciarsi prendere, quando non lo vuole, dalle reti volgari di un vizio.

Essa è una Dea a cui non bastano sacrifici a base di tale abbrutimento per lasciarsi conquistare: al contrario, se conquista reclama sacrifici più alti, vuol prendere la mente ed il cuore dell'eletto e farlo sanguinare, farlo palpitare, farlo gridare sotto il suo imperio. La mente e il cuore dell'eletto ripeto, perchè come dice la Scrittura Santa:

Molti saranno i chiamati, pochi gli eletti.

Dott. ADALBERTO PAZZINI.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIA DEL PANCREAS.

Esplorazione funzionale del pancreas mediante l'esame del succo pancreatico ottenuto col sondaggio del duodeno dopo iniezione di etere.

(LABBÉ, NEPVEUX e ADLERSBERG. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la Nutrition*, novembre 1925).

Fra i diversi metodi proposti per ottenere un succo duodenale formato quasi esclusivamente di succo pancreatico, il migliore sembra essere quello proposto nel 1922 da Katsch (de Frankfurt). Questo metodo, che è basato sulle ricerche fisiologiche di Claude Bernard il quale trovò che una piccola quantità di etere è capace di provocare una forte secrezione pancreatica, ha dato buoni risultati nelle mani di diversi sperimentatori; gli AA. lo hanno adottato.

La manovra per l'introduzione della sonda è identica a quella per l'introduzione di quella di Einhorn per il succo duodenale e la migliore sonda è un poco più dura e più grossa di quella di Einhorn, che troppo facilmente si avvolge nello stomaco. Il miglior metodo è quello di praticare il sondaggio sotto il controllo radioscopico. Dopo l'aspirazione di un liquido giallo-ambra Katsch inietta subito etere; gli AA. invece, ricordando che l'etere provoca anche la contrazione della cistifellea, provocano prima lo svuotamento di questa con una, due e anche tre iniezioni di $MgSO_4$ ed aspirano il liquido. Dopo circa mezz'ora iniettano etere ed ottengono un succo del tutto privo di bile.

Katsch inietta da 1 a 4 cmc. di etere, gli AA. hanno iniettato la dose massima senza inconvenienti, però l'iniezione deve farsi molto lentamente, se no la reazione è violenta e l'ammalato rigetta la sonda. La reazione è per lo più rappresentata da salivazione abbondante e da rossore del viso; nei soggetti nervosi si possono avere dolori all'epigastrio, malessere, tachicardia. Fatta l'iniezione si attende per 5-20 minuti con la siringa montata sulla sonda per impedire riflusso di etere e poi si aspira non calcolando la prima parte del liquido aspirato perchè ricco di etere. Le cause di errore anche allo stato normale sono molteplici e in quanto alla quantità non bisogna dare valore assoluto che al risultato negativo della prova con controllo radiologico (Katsch). La mancanza di secrezione indica uno stato di ostruzione delle vie pancreatiche (calcoli-tumori della testa del pancreas), oppure una sclerosi dif-

fusa o un processo patologico che ha distrutto la glandola. Una diminuzione notevole di secrezione si vede nel diabete, nella colecistite e nella litiasi biliare.

In Germania questo metodo è stato molto studiato ed Isaac Krieger ne ha mostrato la sensibilità in un caso di diabete in cui l'esame delle feci non mostrava alcuna alterazione del pancreas, mentre col metodo di Katsch trovò diminuzione dei fermenti. Deloch ha studiato la secrezione pancreatica nell'ulcera duodenale e l'ha trovata aumentata nella metà dei casi; nella iposecrezione gastrica non ha trovato iposecrezione pancreatica, come si tendeva a credere per le idee di Schmidt, invece e assai spesso una ipersecrezione compensatrice; ha trovato diminuzione della secrezione nell'ittero catarrale, nella colecistite, nel cancro del pancreas e nel diabete.

Quello che ha grande importanza è lo studio dei fermenti, fra cui il più importante la tripsina, poi la lipasi; l'amilasi non può avere importanza per la impossibilità di separarla da quella salivare.

Gli AA. hanno portato le loro ricerche su 18 casi, di cui 7 di diabete, 1 di tumore del pancreas, 1 di acidosi con vomito incoercibile in gravidanza, 1 di colite cronica, 5 in affezioni della vescicola biliare, 4 di leggere turbe della nutrizione. In questi ultimi 4 casi dove la clinica non faceva pensare a turbe pancreatiche, si ebbe il succo normale.

Nei 7 casi di diabete uno solo presentava un valore triptico normale, 3 solamente un valore lipasico vicino alla norma; in genere diminuzione di tutte le attività pancreatiche. Fra questi casi uno merita la massima attenzione essendo il diabete legato a un tumore del pancreas. In questo caso si ebbe penetrazione estremamente facile nel duodeno e non si ebbe con l'etere che scarsissimo liquido pancreatico con le cifre triptiche e lipasiche di gran lunga ridotte, 0,038 invece di 0,20 e 8 invece di 50 o 60. Queste cifre permisero di fare diagnosi di lesione del pancreas con dilatazione pilorica provocata probabilmente da lesioni del pancreas. All'autopsia si trovò un gran tumore del pancreas inglobante e stenosante la terza parte del duodeno e dilatando le due prime. Nel caso di acidosi si dimostrò normale la tripsina e diminuita la lipasi. Nei casi di colecistite e litiasi biliare il succo si dimostrò generalmente normale, la lipasi diminuita. Nel caso di ulcera pilorica con ipercloridria notarono secrezione pancreatica piuttosto aumentata e ciò è concorde alle ricerche di Deloch, Matko, Gloessuer, Bondi, Einhorn, pensano quindi che la iperacidità cloridrica del chimo gastrico passando nel duodeno eccitı fortemente la secrezione pancreatica. Molto importante è poi il caso di un malato affetto da turbe digestive inveterate a forma di colite accompagnate a dimagramento e astenia progressiva e in cui si pensava a una colite. La prova di Katsch potè dimostrare che la proprietà fermentativa pancreatica era diminuita e che i disturbi erano dati da una pancreatite.

Gli AA. concludono col mettere in rilievo l'importanza unanimamente ammessa dell'esplorazione diretta del succo pancreatico nella diagnosi di tumore della testa del pancreas e di sclerosi e litiasi dell'organo; danno anche valore alla prova per la dimostrazione delle piccole insufficienze nel diabete, nelle infiammazioni acute e croniche della glandola e in certe turbe funzionali.

G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

La pancreatite cronica come entità clinica.

(I. W. HINTON. *Surg. Gyn. a. Obst.*, vol. XLI, n. 4).

Non è raro che individui operati di colecistectomia abbiano a soffrire di accessi dolorosi nella metà superiore dell'addome, di difficile interpretazione. Se operati non si rinviene nulla a carico del coledoco, benchè il tipo del dolore e la sintomatologia potessero far localizzare in esso la causa del dolore. Judd e Burden hanno riferito su 24 casi simili. Altre volte si tratta di individui non operati nei quali all'intervento si rinviene, invece dei calcoli, solo una cistifellea a pareti ispessite con ghiandole dell'ilo ingrossate e talora un induramento della testa del pancreas. Si tratta probabilmente di esacerbazioni di una pancreatite cronica dovuta a una preesistente appendicite o colecistite.

Secondo Sweet la pancreatite cronica è essenzialmente una linfangite e consiste in una flogosi dell'abbondante tessuto connettivo intertubulare del pancreas. E infatti, per la maggior ricchezza di vie linfatiche che vi giungono dall'ilo del fegato e dalla regione ileo-cecale, la testa è quella che ammala con maggior frequenza: in 42 casi sui 52 riferiti da Deaver e Pfeiffer.

Secondo questi AA. nella maggior parte dei casi il processo si svolge nel cosidetto triangolo di infezione pancreatica fra il duodeno e la convergenza dei dotti di Wirsung e di Santorini. In questo triangolo di Desjardins giungono appunto i linfatici provenienti dalla cistifellea. E Deaver e W. Mayo hanno riscontrato che nel più che 90 % dei loro casi la pancreatite era seguita a una colecistite generalmente calcolosa. Però che l'infezione non segua la via ascendente per i dotti pancreatici, lo provano le esperienze di Sweet e di Mann e Giordano e il fatto stesso già riferito della localizzazione del processo. Si tratta quindi, secondo l'A., di infezioni di origine linfatica, provenienti il più spesso dalle vie biliari, talora an-

che dall'appendice o dal segmento ileo-cecale. I sintomi acuti sarebbero dovuti alla liberazione del tripsinogeno dalle cellule degli acini e dalla trasformazione del tripsinogeno in tripsina per azione dei batteri.

Anatomo-patologicamente la lesione consiste in una sclerosi con formazione di abbondante tessuto fibroso denso che separa i lobuli e anche gli acini dei lobuli. È un processo peri- e centrilobulare.

Dallo studio di 200 casi appare che nel 31 % il dotto di Wirsung sbocca nel duodeno separatamente dal coledoco, nel 45 % a 2 mm. dall'apice dell'ampolla di Vater, nel 20 % da 3 a 10 mm. dall'apice dell'ampolla, nel 4 % manca o è ridotto a un tratto fibroso.

I sintomi consistono sopratutto nel dolore riferito alla metà superiore dell'addome, ma difficilmente localizzabile, irradiato spesso al dorso, che può durare fino a 48-72 ore. A esso si accompagna il vomito che persiste durante tutto l'attacco e spesso l'ittero per il tumefarsi della testa del pancreas.

L'esame obbiettivo è per lo più del tutto negativo. Si osserva una certa dolenzia alla pressione sui quadranti superiori, talora nell'angolo costovertebrale sinistro. La diagnosi si pone per esclusione dopo essersi accertati che non si tratta di coliche renali o di una calcolosi del coledoco. Dei 24 casi di Judd e Burden, 12 presentavano un evidente induramento della testa del pancreas.

L'A. sconsiglia la cura chirurgica. Nei pazienti già colecistectomizzati l'asportazione del focolaio d'infezione può far sperare in un miglioramento progressivo.

MANFREDO ASCOLI.

Azione dell'insulina sulla secrezione esterna pancreatica nel diabete mellito.

(R. MONTELEONE. *I problemi della nutrizione*, anno II, n. 6-12).

In numerose ricerche clinico-sperimentali, l'A. si è prefisso il compito di studiare l'azione dell'insulina sui fermenti costituenti la secrezione esterna pancreatica negli organismi diabetici sottoposti all'azione dell'insulina.

Mettendo da parte, dopo parecchi tentativi lo esame della secrezione ottenuta con il sondaggio duodenale, metodo questo ideale ma difficile ad adottarsi in pratica per ricerche in serie, il Monteleone si è rivolto al dosaggio dell'attività dei singoli fermenti nelle feci, ricorrendo a tecnica minuziosa per non incappare in errori grossolani di apprezzamento, errori facili ad intervenire nello studio dei fermenti.

Un primo gruppo di soggetti esaminati è stato fornito da individui sani ovvero da individui sofferenti di affezioni presumibilmente non ledenti il pancreas, individui dunque, a pancreas normale. Ora in questi p. con la tecnica seguita dall'A. per la ricerca sia diretta che indiretta dei fermenti costituenti la secrezione esterna pancreatica e con la misurazione della loro attività, furono ottenute cifre concordi: i risultati ottenuti sperimentando sul succo duodenale sono perfettamente comparabili a quelli ottenuti sperimentando sulle feci. Esprimendo con cifre l'attività in questione si può dire che per la tripsina essa, espressa in cmc. di soda 10/n, è rappresentata da cifre oscillanti fra 3-4,50 (nelle feci), per la amilopsina, l'attività espressa in quantità zucchero per mille è rappresentata da cifre variabili fra 5,50-7; per la lipasi si possono considerare normali i valori da 0,80 ad 1,10 cmc. soda 10/n. La prova dei nuclei dello Schmidt completa il quadro mostrando negli individui in questione la digestione completa nei nuclei delle fibre muscolari.

Il secondo gruppo di pazienti esaminati comprende individui con pancreas sicuramente leso. Nei casi del genere le varie prove hanno dimostrato una ipoattività tripsinica, lipolitica, ed in minor misura dell'attività amilolitica della secrezione esterna pancreatica.

Che nei diabetici la secrezione esterna del pancreas sia diminuita è un concetto che Labbé, Hoppe-Seiler, Heesch, Woller, Katsch, Friedreich, ecc., più volte ripetono ma inutilmente cercheremo dei dati esatti partitamente per i singoli fermenti · le ricerche dell'A. eseguite in molti diabetici oltre a confermare che nei diabetici si ha diminuzione dei valori esprimenti la attività tripsinica, diastasica, lipolitica, fissano le cifre intorno alle quali oscillano i singoli valori. Alla diminuzione constatata, secondo l'A., non è esagerato attribuire valore diagnostico nella differenziazione delle singole glicosurie.

In ultima serie di ricerche vennero dall'A. esaminati gli stessi individui diabetici sottoposti a cura insulinica: riassumendole risulta che l'attività degli enzimi costituenti la secrezione esterna pancreatica nel diabete mellito, sotto l'azione dell'insulina, è nettamente aumentata. Stabilendo con delle cifre di paragone una proporzione per esprimere questo aumento, si può dire che se 4 è la cifra indicatrice di una fisiologica attività enzimatica ed 1 la cifra del diabetico comune, l'aumento indotto dall'insulina è espresso nel rapporto: *1:3*. L'aumento dell'attività riguarda indistintamente tutti e tre i fermenti.

L'A. conclude:

1) Dei mezzi di cui disponiamo per lo studio della secrezione esterna pancreatica, l'esame delle feci è quello che col dosaggio approssimativo,

quantitativo dell'attività della tripsina, dell'amilopsina, della lipasi in esse persistenti, ci può dare indizi quasi di certezza sullo stato della secrezione esterna della ghiandola;

2) Le ricerche vanno portate su tutti e tre i fermenti, abbenchè sembri che tutti e tre si comportino in modo identico;

3) Nel diabete mellito clinicamente e chimicamente accertato si ha una notevole diminuzione dell'attività dei tre enzimi;

4) Questa ipoattività diastasica, tripsinica e lipolitica può invocarsi quale sussidio diagnostico nella soluzione del problema dell'origine di una glicosuria;

5) L'insulina iniettata nei diabetici accresce in misura notevole l'attività degli enzimi pancreatici.

a. r.

SIFILOGRAFIA.

Polintolleranza ai rimedi antisifilitici.

(H. GOUGEROT. *Paris médical*, marzo 1926).

Non è raro nella pratica del trattamento antisifilitico, di imbattersi in individui che presentano intolleranza verso un determinato rimedio, appartenga questo alla classe del mercurio, dell'arsenico o del bismuto. Più raramente invece l'intolleranza esiste verso due, più raramente ancora verso tutte e tre le classi dei rimedi suddetti.

A tal proposito Gougerot riferisce nel numero di marzo del *Paris médical*, 7 osservazioni di malati in cui si ebbe intolleranza associata e variamente combinata verso i preparati arsenicali, bismutici e mercuriali. Si tratta in genere di antichi luetici, già intensamente curati e tolleranti ai rimedi, che senza nessuna causa apparente presentarono improvvisamente segni netti e manifesti d'intolleranza mercuriale (diarrea sanguinolenta) arsenicale e bismutica (eritrodermia).

In alcuni di essi si riscontrò nell'anamnesi tbc. polmonare, in altri sintomi basedowiani, in altri ancora fu svelata un'insufficienza epatica latente. Tutte queste cause non sono sufficienti a spiegare l'intolleranza ai preparati antiluetici perchè incostanti e disuguali nei casi simili d'intolleranza. Nè l'associazione varia della intolleranza e i vari quadri clinici con cui si può presentare possono essere dovute al tipo del rimedio adoperato o al modo di adoperarlo.

Nei casi di Gougerot gli accidenti di intolleranza in massima parte rivestirono il carattere di fenomeni di sovrasensibilità al rimedio adoperato (choc anafilattico tipico, eritrodermia), nel resto di fenomeni di intossicazione arsenicale (nevrite, ecc.) e di insufficienza epatica (porpora, ecc.).

L'intolleranza in massima parte insorse tardivamente, e coi medesimi preparati antiluetici coi quali il malato era stato curato precedentemente senza presentare alcun inconveniente, in pochi casi insorse rapidamente alla prima somministrazione del rimedio.

Ad ogni modo l'intolleranza raramente si manifesta verso tutti i preparati di una medesima classe di rimedio antiluetico, ma solamente verso alcuni. (Così, p. es., si poteva avere tolleranza al calomelano e non al cianuro di Hg).

Conclude l'A., consigliando di abbassare le dosi del rimedio, con cui si è manifestata l'intolleranza, crescendo lentamente, o iniettandone una piccola dose vaccinante un'ora prima della dose normale, variare il preparato se l'intolleranza non è totale verso tutti i medicamenti di una medesima classe, e qualora insorgesse l'accidente di intolleranza mettere in opera tutti i comuni rimedi antianafilattici e antitossici.

M. CAJA.

I raggi ultravioletti nella terapia della sifilide.

(RAVAUT, BASCH, LAMBLING. *Ann. de Derm.*, VI serie, n. 8-9, 1925).

Riteniamo assai interessante, date le moderne vedute sulla sifiloterapia, riferire gli ultimi studi degli AA. intorno all'azione della fototerapia combinata con la chemioterapia nella sifilide.

Già da tempi antichissimi erano noti i vantaggi terapeutici dell'elioterapia; tali vantaggi incontestabili specie in molte forme di tubercolosi ossea e peritoneale sono stati convalidati, nei tempi moderni, da numerosi studi, specialmente dopo la constatazione che i raggi ultravioletti emessi da lampade a vapori di mercurio hanno i medesimi effetti terapeutici dell'elioterapia. Con questa differenza che mentre con l'elioterapia si irradiava tutta la superficie del corpo, la fototerapia, invece, aveva delle applicazioni locali, limitate alle regioni colpite dal male. In questi ultimi tempi, le idee in proposito si sono completamente modificate: si usa, con maggiore vantaggio, fare convergere le irradiazioni ultraviolette su tutta la superficie del corpo proteggendo le parti malate mediante uno schermo.

Vi era inoltre l'abitudine di interrompere, durante la fototerapia, la medicazione chimica della lesione; sembra, al contrario, che l'azione dei raggi ultravioletti, irradiati su tutta la superficie cutanea, permetta all'organismo una utilizzazione migliore di quei medicamenti, riusciti sino ad ora

inefficaci o poco attivi (Ponsdorff, Hoffmann, Bloch). Secondo questi autori il rivestimento cutaneo non avrebbe soltanto la missione di una protezione materiale, ma anche una azione biologica, quasi paragonabile a quella di una ghiandola a secrezione interna. Si tratterebbe, insomma, di una vera protezione attiva od *esofilassi* (Hoffmann).

Certo che la superficie cutanea ha, nelle funzioni biologiche dell'organismo, un'azione molto più importante di quello che si è creduto sino ad oggi. Il Ravaut pensa che gli eritemi arsenicali nei sifilitici, eritemi i quali modificano la reazione del sangue, possano essere paragonati agli eritemi provocati dai raggi ultravioletti; tali eritemi favorirebbero l'espulsione dei virus patogeni immunizzando addirittura l'organismo (cuti ed intradermoreazione nella tubercolosi). Secondo il Burnet la pelle è, fra tutti i tessuti, quella che offre condizioni più favorevoli per l'attenuazione spontanea del virus; infatti le tubercolosi cutanee esplicano forse un'azione preventiva di fronte agli organi interni.

In Germania, date tali constatazioni, si è pensato di applicare la fototerapia nella sifiloterapia. Hesse e Breiger sono partiti dalla considerazione che nei selvaggi del Camerun, nudi e con la pelle pigmentata ed esposti naturalmente all'azione intensa dei raggi solari, la sifilide ha uno svolgimento relativamente benigno. Ambedue, applicando l'elioterapia e contemporaneamente le iniezioni arseno-mercuriali, hanno constatato che i malati che si sottoposero ad entrambe le cure, non presentavano, in seguito, nè recidive, nè paralisi o tabi. Il Breiger, che da vent'anni usa questo doppio metodo di cura, pensa che, sotto l'azione dei raggi ultravioletti, la pelle elabori più attivamente gli anticorpi specifici, neutralizzando, a livello del rivestimento cutaneo, il virus sifilitico e proteggendo, per mezzo di questo meccanismo, gli organi interni. A tale azione si può anche aggiungere il fatto che l'irradiazione generale può favorire l'eliminazione degli agenti terapeutici introdotti per mezzo delle iniezioni.

Il Ravaut pur senza criticare le osservazioni dei suaccennati autori si limita ad osservare che, anche ammettendo che la sifilide di certe razze sia unicamente dermotropa, ben altre sono le cause di simile fenomeno che la pigmentazione della cute e l'elioterapia naturale.

Comunque, anche per controllare gli studi degli autori tedeschi citati, il Ravaut insieme al Basch ed al Lambling hanno sottoposto un gruppo di nove sifilitici con manifestazioni in atto a questo doppio metodo di cura: dieci iniezioni di novarsenobenzolo da gr. 0.15 a gr. 0.75 e, contemporaneamente, dieci iniezioni di chino-bismuto. Nello stesso tempo i pazienti furono sottoposti ad un ciclo di 20-40 irradiazioni generali per mezzo di una lampada a vapori di mercurio. L'irritazione cutanea ottenuta è passata per tutti gli stadi: dall'eritema con desquamazioni epidermiche sino alla pigmentazione bronzea.

Inoltre, poichè sembra che l'azione fototerapica della luce possa venire influenzata e maggiormente coadiuvata mediante l'ingestione da parte dei pazienti di materie coloranti quale l'eosina ed il blu di metilene, da considerarsi in tal modo vere sensibilizzatrici della fototerapia o *fotodinamiche*, quattro dei malati suddetti ingerirono dell'eosina.

Dei nove casi di sifilide sottoposti dal Ravaut alla doppia cura, cinque presentavano manifestazioni luetiche secondarie sulla pelle e sulle mucose, il sesto aveva delle papule erosive sulle grandi labbra, il settimo di sifilide primaria, l'ottavo di sifilide nervosa ed il nono delle ulceri atoniche agli arti inferiori. Tutti presentavano reazione Wassermann e del liquido cefalo-rachidiano positive.

I risultati terapeutici nitidamente riferiti dal Ravaut furono i seguenti: le manifestazioni cutaneo-mucose non sono scomparse con rapidità maggiore di quello che scompaiono con la sola arsenobismutoterapia; eguale comportamento ebbero le reazioni umorali. Coloro che ingerirono anche dell'eosina non dimostrarono alcuna maggiore sensibilità alla cura.

In base a questi risultati, che però sono alquanto scarsi, gli autori ritengono che la fototerapia associata o non all'ingestione di materie coloranti, nulla aggiunga di straordinario all'azione terapeutica arsenobismutica. Ma naturalmente non può ancora essere accertato se la fototerapia eserciterà o no un'azione preventiva sopra delle eventuali localizzazioni viscerali e particolarmente nervose della sifilide.

Comunque la fototerapia ha dato questo risultato: un più rapido miglioramento dello stato generale: l'aumento di peso si è verificato subito ed in quegli individui in piena sifilide secondaria nei quali l'anemia specifica è rapidamente dileguata. In un malato affetto anche da peritonite tubercolare, questa è scomparsa, certo per l'azione fototerapica dei raggi ultravioletti.

Il Ravaut quindi conclude:

1) Nessun fatto evidente ci autorizza a trattare i sifilitici soltanto con l'applicazione dei raggi ultravioletti.

2) Il fatto di assommare l'applicazione dei raggi ultravioletti al trattamento ordinario della sifilide non sembra che abbrevi il tempo necessario alla scomparsa dei fenomeni clinici ed alla ridu-

zione della R. W. Ma l'azione sullo stato generale è una delle più efficaci.

3) Eguale considerazione per quello che riguarda l'aggiunta ai metodi precedenti dei corpi fotodinamici (eosina, blu di metilene).

4) Forse le reazioni del liquido cefalo-rachidiano si riducono più rapidamente con l'aggiunta della fototerapia alla terapeutica ordinaria.

5) Se i raggi ultravioletti non sembra debbano esplicare una grande utilità nel trattamento della sifilide, tuttavia non sono pericolosi e possono essere utilizzati specie per la loro azione eutrofica dello stato generale.

Per giudicare poi definitivamente sulla protezione del sistema nervoso da recidive sifilitiche, così come accertano gli autori tedeschi, sarà necessario eseguire un numero assai notevole di esperimenti e dare tempo naturalmente che dagli esperimenti stessi possano essere raccolti i frutti speciali.

FURIO TRAVAGLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

V. VEAU e F. D'ALLAINES. *Pratique courante et chirurgie d'urgence.* 7ª edizione, p. 302, f. 320 nel testo. Parigi, Masson, 1924. Fr. 12.

Nel volgere di 12 anni, considerando il lungo intervallo della guerra, le aggiunte e il maggiore o il diverso svolgimento apportato alle singole parti del 5º volume dei « Précis » nelle numerose edizioni esauritesi ha costretto gli autori, saliti oggi in fama di emeriti chirurgi, a rifondere completamente la loro opera. Tale particolarità di questa collezione rende garante delle modernità delle nozioni ivi espresse, a proposito di tutti gli interventi che costituiscono per il pratico, la chirurgia giornaliera e la chirurgia di eccezione. Vi sono comprese le indicazioni operatorie, le cure locali e generali, caso per caso, e tutti quei consigli che aiutano l'operatore nel miglior maneggio degli strumenti, per il raggiungimento di una netta visione del campo operatorio. Le figure semi-schematiche sono state disegnate in modo da tratteggiare chiaramente ricordi di anatomia e di clinica così come può giovare al caso in ispecie.

E. M.

Die Krebskrankeit. Edit. Julius Springer, Vienna 1925.

È una raccolta di capitoli svolti da vari autori in un ciclo di conferenze, promosso dalla società austriaca per le ricerche e le conoscenze del cancro. Il libro di 356 pagine è diviso in due parti. La prima di ordine generale comprende un riassunto di Maresch sulla morfologia e l'etiologia del carcinoma con le varie teorie, uno di Sternberg sulla malignità dei tumori ove l'A. cerca di spiegare il meccanismo dell'atipia e dell'anaplasia del tessuto neoplastico, un altro di Freund in cui sono ricordate le variazioni nella composizione plasmatica dei cancerosi ed accennata la produzione di sostanze abnormi provenienti dal tubo intestinale, uno di Kraus che riepiloga gli esperimenti fatti negli animali e nelle piante con i vari stimoli chimici, parassitari. Da tutti viene attribuito un grande valore al fattore organico di cui parla in maniera più diffusa Bauer con un capitolo intitolato: cancro e costituzione.

La seconda parte, di ordine speciale comprende: un capitolo svolto da Kyrle sugli stadi precancerosi della pelle ed un altro di Riehl sui cancri cutanei. Fraenkel tratta dei tumori della mammella, Radlich del comportamento del sistema nervoso rispetto al carcinoma specialmente riguardo alle metastasi, Pichler svolge il capitolo dei tumori della mandibola comprendendovi la tecnica operatoria e protesica: Denk parla del carcinoma della lingua, Marschik di quello della gola riportando il procedimento operatorio per la laringectomia. Capitoli sulla diagnosi e sulla terapia del cancro dello stomaco (Eiselsberg) sul carcinoma delle vie biliari, dell'intestino, del rene, dell'utero con un riassunto sul trattamento in generale del cancro con la radio e la radiumterapia completano il libro che nella sua brevità contiene in sunto le nozioni più importanti sulla malattia del cancro.

R. BRANCATI.

BELLELLI F. *Ectasia acuta gastrica e occlusione duodenale artero-mesenterica.* — Napoli, Idelson, 1925, XII, 283. L. 40.

Preceduta da una nobile prefazione del maestro prof. Roncali, il Bellelli riporta divise per singoli capitoli tutte le cognizioni teoriche e pratiche su uno dei più interessanti capitoli della chirurgia: la ectasia acuta gastrica e l'occlusione duodenale artero-mesenterica. Minuziosa nella ricerca bibliografica, semplice nella esposizione dei sintomi, didattico nella suddivisione dei vari gruppi morbosi etiologici e patogenetici, l'A. ha scritto il suo volume in modo sempre chiaro e profondo. All'indagine analitica della quale abbiamo detto i pregi, segue dunque la sintesi delle conclusioni, nelle quali è indicata quella terapia, che sebbene semplice, nondimeno e proprio per questo raggiunge quello scopo che è desiderio e del medico e del paziente e si compendia nella risoluzione felice dell'incidente. Giova riportare per intero alcune conclusioni:

Nella maggioranza dei casi la dilatazione gastrica acuta e l'occlusione duodenale artero-mesente-

rica costituiscono un'unica sindrome, di cui la seconda in dipendenza della prima, è basata sul fattore individuale predisponente e di uno tossico ad azione paralizzante. Clinicamente non è possibile differenziare i due quadri morbosi di cui quello duodenale può eccezionalmente decorrere isolato. La sintomatologia è costituita dalla triade ben nota: vomito biliare, distensione addominale, collasso rapido. La morte è legata a cause tossiche, alla disidratazione intensa dell'organismo, a fattori meccanici (per compressione sugli organi toracici). Dal punto di vista anatomo-patologico si possono distinguere 4 tipi: 1) la sola dilatazione gastrica; 2) la dilatazione gastro-duodenale con occlusione del duodeno; 3) la dilatazione dello stomaco, di tutto o parte dell'intestino; 4) l'occlusione isolata del duodeno.

La prognosi oggi, meno che per il passato, rimane pur sempre grave. La terapia consiste nel conferire al paziente la classica posizione opportuna, nel lavaggio gastrico ed eccezionalmente nell'intervento cruento, quando non si possa sperare nella canalizzazione del duodeno per la presenza di fattori meccanici. E. MINGAZZINI.

R. UTEAU. *Causeries d'Urologie.* Maloine, editeur. Paris, 1926.

Non è un trattato nè un manuale di Urologia. È una breve raccolta di fatti e di ricordi personali dell'A., il quale è un pratico di grande esperienza, esposti in modo da servire come insegnamento e come indicazione a chi si inizia alla pratica. Ne segue che ogni capitolo presenta molte lacune, ma la forma brillante e le osservazioni che fa l'A., sorte veramente dall'osservazione dei fatti, ne rendono la lettura gradevole e utile.

M. ASCOLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Ospedale Maggiore di Bologna.

Seduta del 10 gennaio 1926.
Presidenza: dott. prof. COGOLLI.

Intorno ad un caso d'insufficienza surrenale. Reperto d'autopsia e considerazioni.

F. FRANCHINI. — Il malato presentato nella prima di queste riunioni, morì pochi giorni dopo. L'O. ne mostra lo stomaco che è normale. La capsula surrenale sinistra non fu potuta rintracciare. La destra è ridotta ad una piccola ed informe massetta sclerotica con alcuni noduletti duri, grandi come grani di miglio. L'O. dichiara che senza il soccorso del tatto, questi resti gli sarebbero probabilmente sfuggiti. Al microscopio: tutto il pezzo risulta formato di noduli tubercolari caseosi con qualche cellula gigante, circondati da tessuto di cicatrice, fibrillare, in vari stadii di organizzazione. Di tessuto surrenale rimane solo un piccolissimo isolotto di cellule del tipo di quelle dello strato corticale. L'O. mostra i preparati microscopici, disegni e proiezioni. Insiste sulla difficoltà di trovare all'autopsia questi resti di capsule surrenali.

Rileva come la diagnosi d'insufficienza surrenale sia così confermata; e come il caso presente e l'altro riferito, di cui mostrò il preparato, confermino l'esistenza di una sindrome d'insufficienza surrenale cronica, mortale, senza pigmentazione diffusa, i sintomi più caratteristici della quale sono: ipotensione arteriosa, astenia e vomito.

L'O. è propenso a dare in questi casi molta importanza anche al vomito, quando esso non sia spiegato da altra cagione.

Actinomicosi primitiva della mammella.

Dott. A. ZAFFAGNINI e M. GAMBERINI. — I disserenti comunicano un caso di actinomicosi della mammella S. in una donna di 39 anni, che per i dati clinici ed anatomo-patologici del pezzo asportato deve ritenersi una rara localizzazione primaria del fungo raggiato in questo organo.

La conferma diagnostica, oltre che dall'esame istologico (biopsia) si è avuta da quello culturale del pus prelevato asetticamente dalla mammella.

La cura è essenzialmente chirurgica.

Istologia di un neoplasma estratto dalla cavità femorale.

A. BUSACCHI. — L'O. presenta dei preparati tratti da un tumore estratto dalla cavità midollare di un femore ed illustra con proiezione di disegni la rarità istologica del caso.

Sopra alcuni casi di peritonite da perforazione dello stomaco.

R. PAOLINI. — Premesse alcune note di ordine etio-patogenetico sulla peritonite da perforazione gastrica, passa ad illustrare sei casi clinici osservati, traendone importanti considerazioni per la frequenza in rapporto all'età, al sesso e alla sede.

Per quest'ultima, l'O. conviene che la più frequente è quella iuxta pilorica, ma meritano anche importanza le forme cliniche di perforazione posteriore e anteriore dello stomaco: la perforazione ha luogo nella sede stessa dell'ulcera o del neoplasma; lesioni che si possono impiantare in qualunque punto dell'organo.

Dopo aver messo in luce i segni obiettivi e subiettivi presentati dai diversi malati, conclude: per la diagnosi devesi dare massima importanza al dolore e al suo modo di insorgere, alla tensione della parete addominale; per la prognosi, questa sarà tanto più buona quanto più pronto e immediato sarà l'intervento chirurgico. Infatti, dei sei casi riferiti, cinque infermi furono ridonati alla vita completamente guariti, poichè appena accolti in Ospedale, posta la diagnosi di peritonite da perforazione, furono prontamente operati.

A. CIVIDALI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le splenomegalie nell'infanzia.

La milza e il tessuto linfoideo sono più pronti a tumefarsi nell'età infantile che nell'adulta e la milza è in tale età in particolar modo più distensibile.

La splenomegalia rappresenta un sintoma causato da vari stati morbosi. Difficile è classificare in maniera esatta tali stati, che talora hanno punti di contatto l'uno con l'altro.

Secondo H. Rolleston (*Proceed. of R. S. of Med.*, febbraio 1926) si può, a scopo pratico, applicare la classificazione seguente:

1) Splenomegalie famigliari, le quali, salvo casi rari non ben determinati, si presentano nell'ittero emolitico cronico splenomegalico, nella malattia di Gaucher, e nella sifilide congenita.

L'ittero emolitico cronico vien diagnosticato sulla base dell'esame del sangue per la caratteristica fragilità globulare, e deve essere trattato con la splenectomia. Dopo tale operazione i sintomi morbosi scompaiono, ma la resistenza globulare raramente rientra nella norma. La radioterapia non sembra apporti vantaggi apprezzabili.

La malattia di Gaucher, descritta all'inizio come forma neoplastica, si fa oggi rientrare nelle alterazioni del sistema reticolo-endoteliale, e per i suoi caratteri di razza, famigliari e sessuali va riguardata come un'anomalia costituzionale. La milza può qui raggiungere proporzioni notevolissime, mentre le ghiandole linfatiche superficiali sono ingrossate assai di rado. La splenectomia non ne rappresenta la cura radicale, ma dà dei vantaggi apprezzabili.

La splenomegalia della sifilide congenita è l'indice dell'attività e della gravità dell'infezione. Un ingrossamento della milza unito all'anemia nei bambini grandicelli deve sempre far sospettare la sifilide, e indirizzare in tal senso le ricerche e la cura. Talora però il trattamento antiluetico non avrà il suo effetto fino a che non si praticherà la splenectomia.

2) Splenomegalie in rapporto a malattie del sangue, quali la leucemia acuta, l'anemia perniciosa, la porpora emorragica trombocitopenica, l'anemia splenica infantile, l'anemia splenica cronica, la malattia di Banti, l'eritremia.

La leucemia acuta è forse nei primi anni di vita più frequente della mieloide e della linfoide; l'esame del sangue la fa riconoscere facilmente. La prognosi è cattiva, ed ogni trattamento non può far altro che ritardare la fine.

L'anemia perniciosa è invece assai rara ed in genere si presenta a tipo aplastico.

La porpora emorragica trombocitopenica può essere primitiva o costituzionale, oppure secondaria ad infezioni o ad intossicazioni, e può decorrere in maniera acuta o cronica. È caratterizzata dalla notevole diminuzione delle piastrine, dal prolungamento del tempo di emorragia e dalla splenomegalia. Anche in questa malattia la splenectomia può essere di utilità.

L'anemia splenica infantile, di v. Jaksch e Luzet appare nei primi tre anni di vita ed è caratterizzata da una splenomegalia forte, da un'anemia a tipo secondario con leucocitosi, dalla presenza di molti eritroblasti e mielociti. Ha tendenza alla guarigione spontanea e spesso si associa alla rachitide. Il trattamento deve essere sopratutto igienico. Se si svelerà la sifilide gioverà la cura antiluetica. In qualche caso hanno giovato la radioterapia ed anche la splenectomia.

L'anemia splenica cronica non è da tutti ammessa nei bambini, e vi si fanno rientrare quelle forme in cui la Wassermann negativa fa escludere la sifilide.

Il morbo di Banti e la cirrosi portale con splenomegalia si osservano talora nei bambini e la splenectomia arreca benefizio.

L'eritremia è invece rara e si tende a metterla in rapporto a infezioni intestinali od a tossiemie. La milza va qui rispettata, rappresentando uno sbocco per l'eccesso di sangue; sarà invece provato il trattamento con benzolo e con i raggi X.

3) Splenomegalie di origine infettiva, secondarie ad un'infinità di infezioni batteriche. Anche nella tubercolosi possiamo trovare una milza notevolmente ingrossata, sia nella forma miliare che nella cronica. Eventuali aderenze col diaframma possono però impedirne la constatazione.

In questo gruppo rientra il linfoadenoma, non raro nei bambini, ma difficilmente interessante con prevalenza la milza.

Vi rientra anche la splenomegalia linfatica iperplastica, in cui, accanto ad un reperto ematico normale, si trova una splenomegalia notevolissima, ed un ingrossamento di tutte le ghiandole linfatiche. Microscopicamente i corpi di Malpighi appaiono enormemente ingranditi e composti quasi unicamente di cellule reticolari od endoteliali, mentre anche i follicoli delle linfoghiandole mostrano analoga struttura.

4) Splenomegalie tropicali, comprendenti il Kala-zar, frequente nei bambini e facilmente diagnosticabile col reperto dei parassiti di Leishmann-Donovan nel succo splenico e nel midollo osseo.

La cura è rappresentata dalle iniezioni endovenose di solùzioni di tartaro emetico.

Le splenomegalie della malaria acuta e cronica appartengono a tale gruppo.

5) Splenomegalie di causa meccanica, in cui rientrano le forme dovute a neoplasmi, cisti, ascessi.

M. FABERI.

La tara tubercolare come fattore predisponente nelle diatesi emorragiche secondarie a malattie infettive.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze sulle diatesi emorragiche, non si può dire ancora risoluto il problema che ne riguarda l'etiologia e la patogenesi. E se in clinica si possono ben differenziare fra loro le diatesi emorragiche propriamente dette dalle diatesi emofiliache, sia per i dati anamnestici, sia per le manifestazioni cliniche, sia anche per le caratteristiche (differenti nelle due forme) che si svelano all'esame del sangue (conteggio delle piastrine, determinazione del tempo di stillicidio sanguigno, tempo di coagulazione e retrazione del coagulo), non si può stabilire ancora quali siano i fattori etiologici e predisponenti reali, capaci di dare la sindrome della porpora. Si dividono le porpore in secondarie e primitive o criptogenetiche a seconda se si possono o no invocare agenti infettivi o tossici capaci di provocare la sindrome clinica. Ed è sopratutto per le criptogenetiche che più varie e vivaci sono le discussioni patogenetiche. Ma anche per le porpore secondarie (e fra queste sopratutto quelle dovute ad infezioni) non basta accontentarsi di dire che il tale agente è capace di complicare il quadro dell'infezione colla sindrome purpurica. (Infatti come si spiegherebbe che solo in rari casi si presenti la porpora, mentre anche infezioni a germe molto virulento, possano decorrere con quadro molto grave, senza determinare le emorragie cutanee o mucose?). Bisogna dunque sopratutto indagare bene i fattori predisponenti, specie individuali, che certamente dovranno essere ammessi, per spiegare l'insorgere in quel dato individuo del sintomo nuovo, la porpora; e non basta invocare le alterazioni che si riscontrano nel sangue (trombopenia, irretrattilità del coagulo, tempo di stillicidio aumentato) che devono essere considerate piuttosto come effetto che non causa della porpora, ma sopratutto studiare la recettività dell'organismo, che reagisce colla porpora all'infezione, studiare il terreno su cui l'infezione si è impiantata.

M. Tinti (*Riv. Clin. Med.*, dicembre 1925) insiste molto sull'importanza di questo terreno, e attribuisce alla tara tubercolare, seguendo in questo le idee del prof. Schupfer, le manifestazioni emorragiche nel corso di infezioni gravi. A questo proposito pubblica la storia e il decorso clinico di un malato, affetto da febbre melitense, in cui si presentò il quadro della porpora di Werlhof in decima giornata di malattia, quadro nel suo malato così grave che causò la morte in brevissimo tempo. Appunto in questo malato il Tinti riscontrò una tara familiare specifica tubercolare. Coll'attribuire alla tubercolosi un fattore non indifferente nella genesi della porpora, non bisogna trascurare però anche una certa alterazione funzionale del sistema splenico, che per molti AA. rappresenta la base costituzionale su cui si impianta la porpora.

M. CAJA.

Studi clinici ed ematologici sul morbo di Banti.

Dallo studio di sedici casi di morbo di Banti, N. Rosenthal (*Journ. A. M. A.*, 20 giugno 1925), giunge alle seguenti conclusioni.

La malattia di Banti si associa di solito ad una notevole alterazione del numero e delle funzioni delle piastrine. In un certo numero di casi le piastrine sono notevolmente diminuite, e si può avere il quadro della porpora emorragica. La splenectomia in questi casi è di notevole giovamento, e riporta al normale il numero delle piastrine dopo un breve periodo di eccessivo aumento.

In altri casi le piastrine sono in numero normale o poco diminuito; la splenectomia ne fa aumentare di molto il numero, fino ad un milione ed oltre, e si dimostra di poco o nessun giovamento. L'eccesso di piastrine può dar luogo a facili trombosi e conseguenti emorragie: esso è persistente.

DORIA.

Leucemia e tubercolosi.

In sei casi di leucemia linfocitica e mielocitica, M. Weil e Pollet (*La Presse médicale*, 1925), riscontrarono lesioni tubercolari a carico degli organi ematopoietici. Rivet in altri due casi di leucemia acuta, riscontrò nella mucosa gastrica una follicolite tubercolare ed una caseificazione, con bacilli delle glandole linfatiche bronchiali e mesenteriche.

All'opposto del Rivet, sostenitore della possibilità di un intervento della tubercolosi nella genesi della leucemia acuta, Weil e Pollet, mostransi riservati nè osano formulare alcuna conclusione in pro o contro l'intervento del bacillo di Koch nella leucemia.

M.

Il priapismo leucemico.

Moure e Leibovici (*Journal d'Urologie*, n. 2, 1925), dopo aver ricordato un caso di priapismo leucemico in cui l'inizio fu brusco e l'anamnesi remota non presentava nulla di importante per spiegarne la genesi, fanno delle considerazioni generali sull'argomento. L'inizio dell'affezione è in generale brusco, si manifesta cioè sia spontaneamente durante la notte sia in seguito a sforzi. Nel periodo di stato i disturbi funzionali sono variabili. Il dolore può mancare ma quando il priapismo persiste il dolore permane per lo più situato a livello dell'asta e poi irradiato verso l'ipogastrio o i testicoli. La minzione in generale è poco alterata. Spesso si ha la disuria. Quasi mai la ritenzione completa. In alcuni casi il priapismo si è manifestato come complicazione terminale della leucemia, spesso invece si manifesta all'inizio. Alle volte può guarire spontaneamente dopo qualche settimana o molti mesi. La guarigione è lenta e sempre incompleta. Scompare dapprima il dolore, quindi diminuisce il gonfiore ma l'asta rimane sempre più o meno grossa e indurita e l'impotenza definitiva è frequente. Altre volte al contrario il priapismo persiste indefinitamente fino a che la leucemia uccide il malato. Quanto all'etiologia e la patogenesi del priapismo leucemico sono state ammesse diverse teorie e cioè: 1) un'origine nervosa; 2) compressione per un ematoma delle vie di ritorno del sangue dai corpi cavernosi, trombosi dei corpi cavernosi. La diagnosi è facile eccetto i casi di cavernite suppurata. Quando il priapismo compare spontaneamente occorre pensare alla leucemia e far praticare l'esame del sangue. La cura può essere medica e chirurgica. La cura medica consiste in calmanti generali, in applicazioni locali di ghiaccio o di medicature umide, la cura chirurgica è da preferirsi quando la leucemia è all'inizio o poco accentuata. La tecnica dell'intervento è semplice: si farà un'incisione di qualche centimetro su uno dei corpi cavernosi alla base dell'asta. Una sola incisione cutanea è sufficiente per svuotare i corpi cavernosi, si svuoterà l'ematoma per compressione dell'asta e si farà una sutura a due piani, una sutura dell'albuginea con il catgut ed una sutura cutanea. La guarigione si ha per lo più con sclerosi dei corpi cavernosi.

CASSITTO.

TERAPIA.

Il citrato di sodio.

Questo sale ($C^6 H^5 O^7$) $Na^3 + 11 H^2O$, a struttura mobile, molto instabile, è in grande voga da quando, scoperte le sue proprietà anticoagulanti ed altre meno importanti successivamente, se ne sono fatte svariate applicazioni terapeutiche. Questa moda, dice G. Lyon (*Bullétin médical*, n. 10, 1925), è ben giustificata.

Il citrato di sodio rende il sangue incoagulabile quando è aggiunto nella proporzione del 4 ‰, e non ha alcuna azione tossica od emorragipara se così viene iniettato. Il sangue citratato si può conservare in ghiacciaia per parecchi giorni, senza modificazione della inoffensività. Questa azione stabilizzante si esercita non solo sul sangue, ma anche sui liquidi pleurici, meningei, peritoneali.

Il citrato diminuisce la viscosità sanguigna, e per questo sarebbe stata constatata un'azione favorevole su alcuni casi di polmonite nei quali avrebbe favorito la regressione della epatizzazione, alla dose di gr. 0.90-1 ogni ora per os, in soluzione acquosa diluita. Alla stessa azione sulla viscosità si può riferire l'influenza favorevole del citrato sulla trombo-arterite obliterante, segnalata da Meyer, Steel, ecc. Il medicamento è sopratutto attivo se iniettato per via intravenosa (soluz. 2 %), ma dà anche buoni risultati se somministrato per via orale alla dose di 3-4 gr. per giorno. Più difficile a spiegarsi è l'azione emostatica del citrato, messa in rilievo negli ultimi anni: l'iniezione del sale in soluzione concentrata (15-30 cmc. di soluz. 30 %) diminuisce le emorragie operatorie, arresta le emofiliache, le cancerose, le tubercolari.

Il citrato di sodio possiede anche un'azione morfogenica, poichè fa aumentare le emazie, donde la legittimità del suo impiego nelle anemie perniciose. Questa influenza pare dovuta al radicale citrico, poichè si ha ugualmente col citrato di magnesio e di manganese.

Al pari del carbonato e del salicilato di sodio ha una azione sclerosante locale, sfruttata per il trattamento delle varici, col vantaggio di non irritare i tessuti come con le altre sostanze. Troisier usa e consiglia l'iniezione di 8 cmc. di una soluzione 100 % nel tronco venoso che si vuole obliterare, ripetuta ogni due o tre giorni.

Anche nel trattamento della eritremia è stato impiegato il citrato di sodio che farebbe diminuire la poliglobulia.

Nei versamenti pleurici rilevanti la toracentesi è facilitata dall'iniezione intrapleurica di citrato di sodio (30 cmc. della soluz. 10 %) che impedisce la coagulazione della fibrina.

Dopo che Variot ha mostrato che questo sale facilita la digestione del latte, diminuendone la coagulabilità, lo si usa comunemente nei disturbi digestivi dell'infanzia, anche perchè antiemetico.

Nelle dispepsie dell'adulto il citrato è usato come alcalino al pari del fosfato, del bicarbonato, del solfato di sodio, ai quali si associa. Se n'è anche proposto l'uso come purgativo alla dose di

30 gr., ma è poco utilizzato in tal senso, preferendosi il citrato di magnesio. Se ne è raccomandato infine l'impiego come dissolvente delle false membrane nell'angina di Vincent.

Le dosi sono dunque molto variabili secondo lo scopo. Per le iniezioni intravenose si consiglia di non oltrepassare la dose di 15 milligr. per chilo. Per la somministrazione orale sono preferibili le soluzioni, a causa della deliquescenza, curando che esse siano di fresca preparazione, perchè il sale è instabile. PICCINELLI.

Sull'azione emostatica del citrato di sodio.

A. Nastasi (*Giornale di medicina militare*, 1926, n. 3), dopo aver ricordato la recente favorevolissima introduzione in terapia del citrato di sodio come emostatico, riferisce su 25 casi di emorragie diverse (17 emottisi, 6 enterorragie tifose, 1 enterorragia da ulcera duodenale, 1 emorragia per usura di un grosso vaso da parte di un'escara) da lui trattate con tale farmaco.

Egli ha adoperato una soluzione recente, filtrata e sterilizzata, di citrato di sodio tribasico purissimo in acqua distillata al 30 %; ha seguito sempre la via endovenosa, iniettando da 20 a 30 cmc. lentissimamente, senza mai avere a lamentare il più piccolo inconveniente. I pazienti hanno sopportato benissimo l'introduzione del liquido, solo taluno di essi dopo i primi 10-12 cmc. ha avvertito sapore metallico in bocca o come un senso di scossa elettrica per tutto il corpo.

L'azione emostatica del citrato di sodio si manifestava rapidamente, e solo in due casi di emottisi si dovette ricorrere ad una seconda iniezione alla distanza di 2-3 giorni e in un terzo caso si dovette ripeterla dopo 20 giorni, perchè la emottisi, già fermata, si era ripetuta.

Il modo molto semplice di preparazione della soluzione di citrato di sodio, che qualsiasi medico pratico può preparare da sè o far preparare dalla più piccola farmacia, il minimo costo, l'assenza di pericoli da parte dell'infermo, quando si adoperi una soluzione freschissima e si pratichi la iniezione lentissimamente, la certezza quasi assoluta che il citrato di sodio riesca a domare qualunque emorragia, anche resistente ad altri coagulanti, secondo l'A., rendono questo metodo di emostasi di grande utilità pratica e alla portata di tutti. DE BERNARDINIS.

Polvere dentifricia rimineralizzatrice.

A. Chiavaro (*Annali di Odontologia*, sett. 1925) dà notizie sulla polvere di Viggo-Andresen, per la preparazione della quale si possono seguire le seguenti istruzioni di A. Peratoner:

1) 90 grammi di acido tartarico si polverizzano e si passano per staccio finissimo; si umetta la polvere in mortaio con 10 grammi di soluzione al 10 % di gelatina bianca, rendendo la massa omogenea. Questa si stende sopra una lastra di porcellana o sopra un piatto e si lascia seccare all'aria od al sole. Quando è alquanto indurita, la si distacca e la si fa essiccare in stufa ad acqua; si ritritura nuovamente in mortaio e si passa per staccio finissimo;

2) si passano per lo stesso staccio finissimo: fosfato di calcio precipitato, carbonato di calcio precipitato e idrocarbonato di magnesio, ana g. 32; si disseccano in stufa a 60°-70°.

3) ugualmente si stacciano, dopo polverizzati e si essiccano in stufa a 50°-60° per 2-3 ore: cloruro di sodio puro g. 32, bicarbonato di sodio g. 113 e saccarina cg. 50.

Si mescolano insieme i prodotti 1, 2, 3 e si tiene la mescolanza in stufa a 60° per 2-3 ore; indi, in ampio mortaio, si profuma il tutto con olio di menta piperita od altra essenza.

Conservare, preservando dall'umidità (vasi di vetro possibilmente smerigliati) e non entrare mai nel recipiente con lo spazzolino bagnato.

Questa polvere è impalpabile, di immediata soluzione nella saliva, piacevole, effervescente. Essa, mescolata con la saliva, incomincia a sviluppare acido carbonico, facendo effervescenza; si sciolgono così i sali di calcio contenuti nella polvere stessa. Poichè le piccole particelle di acido tartarico sono ricoperte da gelatina, lo sviluppo di acido carbonico si fa lentamente e la polvere forma quindi una massa che si mantiene per un certo tempo effervescente; con essa i denti vengono spazzolati e tutte le superfici meccanicamente e chimicamente ripulite. Si rende così possibile che i sali di calcio, fino a che si trovano disciolti, entrino eventualmente nelle regioni superficialmente decalcificate dello smalto ed attraverso i prismi di questo. E, poichè l'acido carbonico si svolge con relativa rapidità, i sali di calcio rimangono indietro e formano, insieme con la massa contenente albuminoidi e presente fra i prismi, della calcoglobulina, sostanza che possiede grande resistenza contro i mezzi dissolventi. Un processo analogo si svolgerebbe nella dentina non protetta da smalto e patologicamente ipersensitiva.

fil.

SEMEIOTICA.

La riattivazione biologica della reazione di Wassermann.

La riattivazione biologica della reazione di Wassermann, detta anche « fenomeno di Milian », è stata in questi ultimi tempi negata da alcuni autori.

G. Petges (*Paris méd.*, n. 32, agosto 1925), per portare un contributo alla questione, ha studiato 115 casi di luetici di antica data, dei quali uno solo presentava una reazione debolmente positiva, mentre negli altri era negativa.

Tutti tali malati furono sottoposti ad una serie di iniezioni endovenose di arsenobenzolo, e 6-7 giorni dopo ogni iniezione si esaminò il loro sangue. Orbene, la riattivazione si ottenne nel 38 % dei casi, mentre la reazione divenne fortemente positiva in quello che all'inizio l'aveva positiva debole.

Come controprova si eseguì la stessa ricerca, con la medesima tecnica, in soggetti sani, con reazione negativa, e questa si mantenne tale nonostante le ripetute iniezioni di arsenobenzoli.

Milian avrebbe ottenuto invece la riattivazione nel 58 % dei sifilitici secondari e nel 55 % dei terziari.

Quanto alla patogenesi del fenomeno ancora nulla di preciso si conosce. Si può tuttavia pensare che si tratti di una reazione di Herxheimer ritardata.

M. FABERI.

La gono-reazione nella diagnosi del reumatismo blenorragico.

Dagli studi di Müller ed Oppenheim era risultato che nel siero di malati di gonococco esiste una sensibilizzazione specifica. Un progresso considerevole si verificò con l'uso dell'antigene polivalente. La reazione è stata trovata positiva nel corso di complicazioni articolari della blenorragia dal 40 al 100 % dai diversi sperimentatori.

Bezançon, Weil e Rubinstein (*Soc. de Biologie*, 27 luglio 1925) hanno preparato un antigeno con una emulsione di 6 razze di gonococco, coltivate in agar-ascite, lavate in acqua fisiologica e sottoposte per un'ora a 60°. Questa emulsione ha una potenza antigenica superiore all'autolizzato e all'estratto alcoolico. Su 14 ammalati di reumatismo articolare non gonococcico ebbero sempre risultato negativo, mentre su 24 affetti da reumatismo blenorragico ebbero 3 risultati negativi e 21 positivi con una proporzione di circa 87.5 %. Così che se un risultato negativo non permette di eliminare con sicurezza un'affezione gonococcica, un risultato positivo è un argomento importante in favore della natura blenorragica della lesione.

R. B.

IGIENE OSPITALIERA.

Il « bianco negli Ospedali ».

Ill.mo Sig. Direttore
del Giornale « Il Policlinico » - Roma.

Leggo nel fascicolo 16 del 19 aprile dello stimato suo periodico *Il Policlinico*, Sez. pratica, un articolo dell'egregio sig. dott. L. Giannella sul « bianco negli Ospedali », dove si accenna alla azione suggestiva che i colori producono sull'occhio e sullo spirito dei malati. Ora io mi permetto di far noto che nelle R. Cliniche di S. Orsola di Bologna, dipendenti da questa R. Università, la tinteggiatura a colori è già stata introdotta da qualche anno a questa parte, e ciò ad iniziativa dell'ing. Giulio Marcovigi, capo dell'Ufficio tecnico degli Ospedali della città.

L'ing. Marcovigi, assai noto nel mondo sanitario come costruttore e scrittore di cose attinenti all'igiene ed alla tecnica nosocomiale, fin dal 1920, in un articolo pubblicato nel n. 6 della *Rivista d'Ingegneria Sanitaria* da lui diretta assieme all'illustre prof. L. Pagliani, rivendicava a se stesso il merito di avere introdotto per primo la colorazione delle corsie spedaliere e dei loro annessi, che egli aveva già sperimentata nel grande Ospizio Marino Bolognese « Augusto Murri », costruito nel 1912 sulla spiaggia di Rimini; articolo che venne riprodotto nello stesso anno ne *Lo Spedale Maggiore*, periodico diretto dal prof. E. Ronzani, direttore-medico degli Istituti Spedalieri di Milano.

Inoltre nell'Ospedale « B. Mussolini » della Cassa Nazionale d'Assicurazione Infortuni, dall'anno scorso inaugurato in Bologna, lo stesso concetto è stato largamente ed elegantemente seguito per tutti i locali di residenza degli infermi, i corridoi e le scale; e sempre per opera dello stesso ing. Marcovigi, direttore dei lavori, che ha studiato e dimostrato la proprietà dell'azzurro di fugare le mosche, vi è stata pure costruita — ed è la prima in pubblici stabilimenti — la « cucina azzurra » che ha di tale colore le piastrelle e la tinta delle pareti e del soffitto, e le vernici degli sportelli e dei mobili.

Tanto ho creduto opportuno scriverle per far conoscere un fatto che certamente non era a conoscenza dell'egregio suo Collaboratore, e perchè, infine, è giusto sia dato a Cesare quello che è di Cesare.

Col massimo ossequio.

Bologna, maggio 1926. S. TASSINARI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Disinfezione di ambienti abitati da tubercolotici. — Al dott. P. L., da T. T.:

La disinfezione con vapori di formaldeide è illusoria o quasi: praticamente non ha valore contro i bacilli della tubercolosi; è anche poco diffusiva. Il sublimato penetra male nelle sostanze albuminoidi; danneggia gli oggetti metallici; è troppo tossico e quindi pericoloso. Se si tiene proprio a usare un disinfettante, rispondono bene, per i pavimenti e per le pareti, il

fenolo (acido fenico) a 1-2 %, la formalina diluita al 5-10 %, i cresoli, i lisoli, le combinazioni di fenoli, di tolueni, di xileni con cloro; ma la migliore disinfezione viene praticata mediante un semplice lavaggio con acqua e sapone oppure con acqua calda: si compie, così, l'asportazione dei germi, o « disinfezione meccanica ». S'intende che la biancheria va passata al bucato e che vanno attuate altre semplici misure che non mette conto di registrare.

La formaldeide è una sostanza gassosa; la formalina è una soluzione di formaldeide nell'acqua. Quando si scalda la formalina, evapora formaldeide; al tempo stesso si forma un polimero triplo $(HCOH)_3$, detto paraformaldeide (si hanno molti altri polimeri, ma questo solo si forma in condizioni ordinarie); una parte della paraformaldeide così prodotta sublima, cioè passa nell'aria allo stato di minutissimi cristalli.

L'azione germicida varia con la temperatura, con l'umidità, con la tensione dei vapori di formaldeide ecc., condizioni che influiscono anche sulla proporzione della paraformaldeide.

Il nome di formalina solida si dà a due prodotti, e cioè a paraformaldeide disseccata, ovvero, più spesso, a formaldeide incorporata in una massa solida, come sapone, sego, ecc. (analogamente al così detto alcool solido). Nei prodotti della seconda specie occorre tener conto della percentuale di componente attivo.

Per impedire la diffusione delle malattie infettive si attribuisce oggi scarsa importanza alle « fumigazioni » e in genere sono in discredito le « disinfezioni terminali », cui si attribuisce più che altro un « effetto psicologico »; in molte città queste sono state soppresse senza che si dovessero registrare aumenti apprezzabili nel numero dei casi secondari. Vi sono ragioni per credere che gli oggetti inanimati abbiano poca parte nella trasmissione; gli è che nell'ambiente i germi patogeni vengono uccisi piuttosto rapidamente dal disseccamento, dall'ossigeno, dalla luce solare; la trasmissione per solito ha luogo, invece, direttamente, o quasi, da persona a persona, proiettando particelle di saliva con le mani, ecc.; donde la scarsa importanza della disinfezione degli ambienti.

L. VERNEY.

All'abb. n. 2512:

Nei comuni trattati sono esposte con chiarezza e dettaglio le cure antigottose. Non è possibile dare indicazioni particolari al caso clinico.

Troverà quanto richiede sul trattato dell'Umber (tradotto in italiano), Un. Tip-Editrice torinese.

T. P.

Mal di mare. — Al dott. M. A., Sanremo:

Oltre quelli già noti e di cui è cenno nell'articolo comparso nel numero del 16 febbraio 1920 del *Policlinico*, non vi sono stati altri notevoli contributi alla patogenesi labirintica del mal di mare.

DR.

VARIA.

Proverbi medici cinesi.

Sono pubblicati dal « China Medical Journal » e riportati sul « Journal A. M. A. ». Eccone alcuni: Un medico non può curare se stesso (da noi corre il detto contrario!). Il medico disgraziato cura il principio della malattia; il medico fortunato ne cura la fine. Un ciarlatano ha pesce a colazione e carne a pranzo. Porre la propria vita nelle mani di un ciarlatano è come far correggere un elegante componimento da un ignorante. La ricetta è buona; è cattiva la medicina. Per divenire calligrafo è necessario sciupare della carta; per divenire medico è necessario sacrificare delle vite. Nel negozio dell'abile carpentiere v'è abbondanza di legno curvo; nel gabinetto del buon medico v'è abbondanza di clienti.

Irradiazioni dall'uomo e dagli animali.

H. Friedenthal (*Klinische Wochenschrift*, 1° ottobre 1925) ha ideato un apparecchio per la misura delle irradiazioni promananti dal corpo. Esso è abbastanza sensibile per registrare le differenze nell'irradiazione dalle pupille allo stato di calma e d'irritazione. In genere le emozioni hanno molta parte nel determinare l'intensità delle irradiazioni.

Ascoltazione radiofonica del cuore.

Il dott. Leo Jacobson di Berlino ha applicato i procedimenti dell'elettrofonia alle amplificazioni e alla trasmissione dei rumori cardiaci, così da renderli percettibili da un vasto uditorio e a grandi distanze: i rumori cardiaci di un paziente di Berlino poterono essere nitidamente uditi a Davos.

Ora lo stesso autore ha applicato anche alla radiofonia cardiaca i filtri tonali di Wagner, i quali permettono di discriminare i toni. (*Journal A. M. A.*, 9 gennaio 1926).

Reclutamento delle prostitute in Russia.

Riferisce *Pathologica* che a Kiew è dato come segue: 44 % domestiche, 12 % cameriere d'albergo, 8 % contadine, 6 % commesse di negozio; a Mosca: 22 % domestiche, 16 % classi operaie, 5 % nobili decadute; il resto è dato da donne civili e di provenienza varia.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici.

Il 17 aprile si è riunito a Roma il Congresso degli Ordini dei Medici.

Il Presidente provvisorio dell'Assemblea, prof. Gallenga, porge un saluto ai convenuti, commemora la Regina Madre, e propone l'invio dei seguenti telegrammi a S. M. il Re ed a S. E. Mussolini:

« A S. M. il Re,

L'XI Congresso della Federazione degli Ordini dei medici, che nella loro opera diuturna sono guidati da intenso amore per il Paese nostro, che sotto la Vostra guida vede sempre più luminoso il suo avvenire, porge alla Maestà Vostra i sensi della più viva devozione ».

« A S. E. il Primo Ministro,

L'XI Congresso della Federazione degli Ordini dei medici, che vede in Voi il grande artefice della nuova Italia, Vi rivolge i voti fedeli ed unanimi della Federazione, che sente di dare tutto il suo spirito devoto per il bene del Paese, pronta per esso a qualsiasi sacrificio ».

La proposta è approvata.

A Presidente del Congresso viene acclamato il dott. Buonsanti. Sono nominati segretari Montano e Micheli.

Il prof. Gallenga, Presidente della Federazione, legge la relazione. Egli fa un'ampia esposizione dell'opera svolta dal Consiglio Federale. Esamina la portata della recente legge sulla disciplina del lavoro nei riguardi della classe medica, e ne loda gli alti fini sociali e nazionali. Ritiene che l'azione dei Sindacati non sia contrastante con quella degli Ordini, e che dalla loro cooperazione possano derivare ai medici grandi benefici morali e materiali. Poichè finora i tentativi di conciliazione fra le due tendenze non hanno avuto esito favorevole, il Consiglio rassegna le dimissioni.

La relazione passa quindi ad esporre l'azione svolta a favore dei medici condotti vecchi pensionati, a favore dei figli dei medici caduti in guerra e del Collegio di Perugia.

Dopo avere accennato alla quistione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie e ad altre quistioni di minore interesse il prof. Gallenga termina auspicando al miglioramento della classe medica, ad un'Italia sempre più grande e sempre più civile e più potente.

Quindi su proposta del dott. Nasini viene approvato a grande maggioranza, con un solo voto contrario ed uno astenuto, il seguente ordine del giorno:

« L'XI Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici, preso atto delle dimissioni della Presidenza e del Consiglio direttivo, accettando le direttive della Corporazione sanitaria nazionale, delibera di trasformare la Federazione in Federazione fascista degli Ordini dei Medici; e dà mandato con piena fiducia alla nuova Presidenza di modificare in tal senso lo Statuto, anche per quanto riguarda il numero e la scelta dei consiglieri, ed affida al Presidente il compito di nominare il Consiglio, con elementi di sua fiducia, tenendo conto nella composizione di esso del criterio regionale e di quello della rappresentanza delle singole categorie ».

Dopo di che si procede alla nomina del Presidente della Federazione. Viene acclamato il dott. Arnaldo Fioretti, cui viene anche conferita la facoltà di nominare i consiglieri.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALTAVILLA IRPINA (*Avellino*). — A tutto 15 giu.; L. 6000 (*sic*) e tre quadrienni dec.; età mass. a. 35 (39). Tassa L. 50.10.

APIRO (*Macerata*). — 2ª cond.; a tutto il 15 giu.; vedi fasc. 20.

BIELLA (*Novara*). — Scad. 15 giu.; per Vernato e case sparse; L. 7000 e 10 bienni ventes.; doppio c.-v.

BRESCIA. *Ospedali Civili.* — Primario oculista; L. 6000; pens.; nom. biennale, conferme quinquennali. Età lim. 45 (50) a. Scad. ore 16 del 30 giu. Docum. agli Uffici d'Ammin. (via Moretto 42). Tassa L. 50. *Curriculum vitae* o riassunto pubblicaz. scientif. in 3 esempl.

CAPODIMELE (*Caserta*). — Scad. 12 giu.; lire 12,000 con quadrienni decimo, oltre L. 2400 cav. e L. 500 uff. san.; 1° c.-v.

CASTELNUOVO DI FARFA (*Roma*). — Ab. 1160. Scad. 30 giu. L. 10,500 oltre L. 400 uff. san.; 5 quadrienni dec.; L. 2500 cavalc.; abitaz. gratuita con obbl. tenuta arm. Tassa L. 50.

CEPRANO (*Roma*). — Al 15 giu.; vedi fasc. 19.

DESIO (*Milano*). *Ospedale Civile.* — Primario medico. Vedi fasc. 20. Scad. 30 giugno.

ENDENNA (*Bergamo*). — All'8 giu., consor. 5 com.; L. 8000 oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san., c.-v. Tassa L. 50.15.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabb. RR.* — Assistente; età lim. 30 a.; nom. e conferma biennali; L. 5000. Scad. ore 17 del 15 giugno. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

GAZZANIGA (*Bergamo*). — Consor.; al 10 giu.; vedi fasc. 16.

GRISIGNANA (*Istria*). — A tutto 8 giu.; L. 9000 oltre L. 4000 trasp.; c.-v. Tassa L. 50.

IVREA. *Ospedale Civile.* — Medico primario. Proroga al 20 giu.

LAMA MOCOGNO (*Modena*). — 1ª cond.; ab. 866 agglomer. e 2943 sparsi; inscritti 400; L. 8500 e 10 bienni ventes. oltre L. 2500 cavallo. Scad. 17 giugno.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Suzzara. Vedi fasc. 20. Scad. 15 giugno.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Primario specialista neurologo; vedi fasc. 17. Scad. 30 giu.

MILANO. *R. Prefettura.* — Uffic. san. capo del Servizio d'Igiene del Comune di Milano; al 15 giu., ore 18; vedi fasc. 20.

NOVI LIGURE. *Ospedae S. Giacomo.* — Assistente interno; vedi fasc. 22.

ONANO (*Roma*). — A tutto il 20 giu.; età lim. 39 a. Tassa L. 50.15, all'esattoria consorziale di Acquapendente; stip. L. 10,500, addizion. L. 4 e L. 5 oltre 1000 e 2000 pov.; per uff. san. L. 400; chiedere ann.

ORSAGO (*Treviso*). — A tutto 14 giu.; v. fasc. 22.

PORTOGRUARO (*Venezia*). — Scad. 15 giu.; IV cond.; L. 9000; c.-v. statale; aumenti periodici; indenn. trasp.

ROMA. *Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità M. M.).* — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Scad. 2 ag. ore 10. Vedi fasc. 19.

SARTEANO (*Siena*). — Scad. 30 giugno; capol.; L. 8000 oltre L. 1600 c.-v. e L. 2500 trasp.; tassa L. 50.15; età lim. 45 a.

SULMONA (*Aquila*). — Cond. Sez. Meridionale; L. 9500 e 4 quinquenni dec. (in corso aumento a L. 12,250); ab. 7000, inscritti c. 1000. Scad. 15 giugno. Età lim. 45 a. Tassa L. 50.10. Docum. a 3 mesi dal 15 mag.

SPERLINGA (*Catania*). — Scad. 30 giu.; v. fasc. 22.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Capol.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cavalc., c.-v., addizion. L. 3 oltre 500 pov. Amene colline; serv. automobilistico. Scad. 20 giugno.

CONCORSI A PREMI.

Premio Locatelli.

La data di presentazione dei lavori concorrenti viene prorogata al 30 giugno. Si rammenta che questi devono essere inviati, con le modalità prescritte nell'avviso di concorso, al dott. A. Boquicchio (Clinica Dermosifilopatica di Torino).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Accademia imperiale tedesca dei Naturalisti di Halle (una delle più antiche di Germania) ha nominato ad unanimità, in questi giorni, socio onorario il prof. Giovanni Mingazzini, dell'Università di Roma.

Nel concorso per titoli ed esami a sei posti di ispettore sanitario nelle Ferrovie di Stato, sono stati dichiarati idonei 12 concorrenti su oltre 50, con la seguente graduatoria di merito: 1) Doria Raimondo, 2) Cesari Giulio, 3) Bruni Diego, 4) Zappia Marcello, 5) Koch Mario, 6) Lombardo Francesco, 7) Pedicini Germano, 8) Boganelli Eleuterio, 9) Lunardoni Luigi Ferruccio, 10) Ruocco Guglielmo, 11) Chierici Raffaele, 12) Di Giuseppe Paolo.

Congratulazioni al nostro collaboratore dott. Doria.

L'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere ha conferito i seguenti premi: per la fondazione Cagnola sul tema « Sulla natura dei miasmi e contagi » L. 2500 e medaglia d'oro al dott. Piero Radaelli di Milano; per la fondazione Fossati sul tema « Illustrare con ricerche originali un argomento di anatomia macro-microscopica del sistema nervoso centrale o periferico », assegno d'incoraggiamento di L. 1200 al sig. Vittorio Tronconi, allievo del 5° corso di Medicina nella R. Università di Pavia.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: prof. Temistocle Laurenti, degli Ospedali e della R. Clinica chirurgica di Roma.

Ufiziale: dott. Guido Mantovani, uff. san. del consorzio medico di Arese (Milano).

Cavaliere: dott. Pilade Clara, di Zelobuenpersico (Milano).

NOTIZIE DIVERSE.

L'opera per l'infanzia e la maternità insediata dall'on. Federzoni.

Il ministro dell'Interno on. Federzoni ha inaugurato al Palazzo Viminale i lavori del Consiglio centrale dell'Opera nazionale per la protezione e l'assistenza della maternità e della infanzia.

Erano presenti il presidente on. Blanc, il vicepresidente prof. Valagussa, i componenti on. senatori Giardino, Marchiafava, Pestalozza, Dallolio, deputati Maraviglia e Maccotta, gr. uff. Appiani, principessa Isabella Borghese, duchessa Luisa Ruffo di Guardialombarda, contessa Bice Brusati, proff. Jemma, Guzzoni degli Ancarani, gr. uff. Crispo Moncada, Serra Caracciolo, Messea, Scotti, Luzzatto, Giordani, comm. Marfori-Savini, dott. Buffa, comm. Lo Monaco.

L'on. Federzoni, nell'insediare il Consiglio centrale, ha portato, anzitutto, ai componenti di esso il saluto e il ringraziamento del Governo e particolarmente del Capo del Governo. Ha ricordato quindi come la rinnovata coscienza civile e patriottica della Nazione abbia avuto uno dei più importanti riflessi anche nel campo dell'azione assistenziale e sociale dello Stato, alla quale il fascismo ha impresso un nuovo ordinamento e un più preciso indirizzo. Questa azione, che dapprima ondeggiava tra le nebulose del dottrinarismo e le pericolose condiscendenze della demagogia, ora mira a provvedere ai bisogni presenti e alle necessità future di un grande popolo avviato a destini di potenza perchè in continuo sviluppo spirituale, economico e demografico.

Il Ministro ha concluso esprimendo la piena fiducia del Governo nell'azione che svolgerà il Consiglio centrale dell'Opera nazionale ed auspicando al pieno successo del nuovo Istituto, che il Governo fascista, sotto l'impulso rinnovatore del suo Duce, ideò e creò per provvedere al miglioramento spirituale e materiale delle nuove generazioni.

Prendeva quindi la parola il presidente dell'Istituto, on. Blanc, il quale dichiarava che da buon fascista obbediva all'ordine ricevuto di assumere un posto, da lui considerato di combattimento, assistito da un Consiglio rappresentante quanto di più eletto e di più elevato esiste in Italia in fatto di competenza e di attività in materia assistenziale per la maternità e per l'infanzia.

Rivolgeva, poi, un ringraziamento al sen. Marchiafava, il quale dette alla Commissione il mezzo di creare il regolamento, da cui è disciplinata la legge voluta dal Governo. E concludeva pregando l'on. Federzoni di porgere al Duce i sensi della devozione e della fede di tutti i presenti.

Allontanatosi il ministro, il Consiglio ha iniziato i suoi lavori procedendo alla nomina della Giunta esecutiva.

La legge contro l'alcoolismo al Senato.

Il Senato del Regno ha approvato, dopo ampia discussione, la conversione in legge del R. Decreto 7 ottobre 1923 che reca « disposizioni per combattere l'alcoolismo », relatore il sen. Marchiafava.

Nella discussione i sen. Gallini, Queirolo, Bianchi Leonardo e Rava hanno illustrato i danni sociali dell'alcoolismo e la necessità di prevenirli. Il ministro Federzoni rilevò che è nel Governo la volontà cosciente e perseverante di provvedere alla tutela fisica e morale del popolo italiano e dichiarò di apprezzare il concorso autorevole di coloro che possono illuminarlo. Illustrati gli articoli del disegno di legge, ringraziò il sen. Marchiafava che ha reso un servizio al Governo e al Paese. Fece presente che in alcuni punti la legge potrà essere ulteriormente integrata.

Il sen. Marchiafava, relatore, rilevò che il disegno di legge vuol dare maggiore efficacia alle norme già esistenti, provvedendo a diminuire il numero degli esercizi di rivendita delle bevande alcooliche, e disciplinando quelli in attività. L'oratore, fatto un raffronto fra gli altri paesi e l'Italia nell'abuso degli spiriti, constata che in Italia prevale l'abuso del vino ugualmente nocivo se bevuto in eccesso. L'alcoolismo — dice l'on. Marchiafava — deve considerarsi una malattia sociale; pertanto il dovere dello Stato di volerne la profilassi, imponendo, se occorre, limiti alla libertà personale per il bene della collettività.

L'oratore — esaminati i danni che produce l'alcool alla salute umana, e le tristi conseguenze — conchiude affermando che se le norme saranno applicate con giustizia severa non mancheranno di giovare alla diminuzione dell'abuso alcoolico, contro il quale si deve fortemente e tenacemente combattere come uno degli ostacoli insidiosi al progresso della prosperità sociale.

Il disegno di legge fu approvato con 163 voti su 170.

I medici americani a Roma.

Circa 200 soci della « Postgraduate Assembly of Physicians of North America », presieduta dal prof. L. B. Wilson, direttore della Mayo Foundation, hanno intrapreso un giro d'istruzione in Europa e si sono trattenuti a Roma una settimana per visitare le Cliniche universitarie.

Per 4 giorni consecutivi, dal 17 al 20 maggio, i medici americani, accompagnati dal prof. Wilson, sono stati accolti nella Clinica medica diretta dal prof. V. Ascoli.

Nella prima giornata è stato fatto visitare tutto l'Istituto ed i laboratori annessi per dimostrare l'organizzazione della Clinica ed i mezzi di cui dispone per lo studio dei malati, per la terapia, per la produzione scientifica e per l'insegnamento della medicina generale agli studenti. Nella seconda giornata sono stati presentati tutti i malati delle nitide corsie ed esposto ampiamente il metodo della Clinica per la redazione delle cliniche: in questa visita condotta dal prof. Ascoli personalmente furono illustrati i numerosi casi interessanti, mettendo in particolare rilievo il contributo degli studi italiani e della scuola romana nei vari campi della medicina. Nella terza giornata sono stati riferiti gli studi e le ricerche originali di maggiore importanza fatte nell'Istituto durante l'ultimo biennio nella radiologia applicata alla Clinica, nella malaria, nelle malattie di cuore, nella microscopia, nella chimica clinica, nella terapia, nella sierologia, accompagnando una succosa esposizione con la relativa dimostrazione, mediante prove chimiche e serologiche, grafiche termometriche, di cuore, di polso arterioso e venoso, grafiche del respiro e radiografie.

Nell'ultima giornata il professore tenne un'applaudita lezione sul *diabete insipido*, analizzando minutamente il caso clinico alla luce delle moderne vedute sulle funzioni dell'infundibolo e sul ricambio dell'acqua.

Il prof. Wilson ha espresso alla fine di questo vasto programma e di questa estesa documentazione dell'attività dell'Istituto, la sua più sincera ammirazione per l'organizzazione scientifica e didattica della Clinica e per l'indirizzo moderno e rigoroso dato agli studi di clinica a Roma.

Negli stessi giorni i soci chirurghi della « Postgraduate Interstate Association » sono stati accolti nella Clinica Chirurgica diretta dal prof. R. Alessandri.

Il 17 vennero loro illustrati dei casi di echinococco del polmone e del fegato e mostrate diapositive nelle quali si può seguire il processo di guarigione delle cisti trattate col metodo della chiusura per prima della cavità: venne anche fatta visitare la Clinica e presentati i malati e gli operati più interessanti. Il 18 il prof. Alessandri operò alla presenza di numerosi soci una cisti di echinococco del polmone, con chiusura per prima, in anestesia locale, una enorme cisti idatidea del fegato, pure chiusa per prima, un raro caso di angioma arterioso racemoso della regione parietale, e praticò una resezione estesa dello stomaco per ulcera callosa del duodeno. Il giorno seguente furono dimostrate, con diapositive e pezzi anatomici ottenuti operatoriamente, l'importanza diagnostica del pneumoperitoneo e del pneumorene; e furono illustrate agli ospiti le ricerche sperimentali più importanti praticate nell'Istituto, specialmente la produzione di tumori nello stomaco dei ratti coll'ingestione di catrame.

Il 20 infine alcuni chirurghi intervennero ancora alla seduta operatoria ordinaria e fra gli altri il Wilson, che volle esprimere tutta la riconoscenza per l'accoglienza ricevuta e l'interesse per le dimostrazioni e operazioni, cui i soci avevano potuto assistere.

Il prof. Dalla Vedova, direttore della Clinica Ortopedica, ha eseguito importanti operazioni attinenti alla specialità ed ha dimostrata la precisa istallazione della Clinica e la produzione scientifica della Clinica stessa con radiografie di interessanti casi, con dimostrazioni dei risultati di alcuni interventi ortopedici.

Il prof. Busi, direttore dell'Istituto Radiologico, ha organizzato una mostra di radiogrammi atti a far conoscere il grado e l'importanza del contributo portato dalla radiologia alla clinica in rapporto con gli ultimi perfezionamenti della tecnica; sono stati esposti nuovi metodi d'indagine e si è mostrata l'importanza della stereoscopia, in largo uso presso l'Istituto radiologico, fornito di un vasto e perfetto materiale quasi in totalità di fabbricazione italiana.

Durante il periodo di tempo destinato alla visita delle Cliniche i medici americani hanno visitato ancora alcuni padiglioni chirurgici degli Ospedali ove sono state tenute speciali sedute operatorie: il 1° padiglione diretto dal prof. Raffaele Bastianelli, il 2° padiglione diretto dal prof. O. Margarucci e il 3° diretto dal prof. De Fabi.

I colleghi americani sono rimasti entusiasti dei progressi scientifici e tecnici documentati durante il loro soggiorno in Roma. Hanno eseguito molte fotografie e raccolto molto materiale delle prove di cui sono stati spettatori. Hanno espresso la loro ammirazione per l'Italia e per la sua operosità serena.

Sono stati ricevuti dal Capo del Governo. Erano accompagnati dall'ambasciatore degli Stati Uniti. A nome di tutti parlò il dott. Cathel, che offrì all'on. Mussolini una elegante pergamena, quale attestato provvisorio della sua nomina a socio onorario dell'Associazione dei Medici Americani: più tardi gli verrà rimesso il diploma ufficiale. Con Benito Mussolini i soci onorari sono tre; gli altri sono i presidenti della Repubblica degli Stati Uniti e della Repubblica Francese.

Il primo ministro si è dimostrato riconoscente.

I medici-chirurgi americani si sono recati ora in altre città italiane, sede di Università di medicina, come Pisa, Genova, Pavia, Padova, Bologna, Napoli.

Congresso Internazionale per la Protezione dell'Infanzia.

Mentre andiamo in macchina l'« Association Internationale pour la Protection de l'Infance » di Bruxelles tiene in Roma, dal 25 al 29 maggio, la annunziata sua V Sessione, sotto gli auspci della « Unione Italiana di Assistenza all'Infanzia ».

Vi sono rappresentate la Francia, la Svizzera, la Svezia, la Finlandia ed altri Paesi; vi sono trattate importanti questioni attinenti all'assistenza igienico-sanitaria e giuridica dell'infanzia.

I lavori si svolgono al Palazzo Doria.

Ne daremo prossimamente un resoconto.

Conferenza Internazionale Sanitaria di Parigi.

Il 10 maggio ha iniziato i suoi lavori a Parigi la Conferenza internazionale sanitaria, indetta dal Governo francese.

Detta conferenza ha per scopo di rivedere e modificare la convenzione internazionale sanitaria del 17 gennaio 1912, ed è la dodicesima nella scala seriale delle Convenzioni internazionali, a partire da quella di Parigi del 1851.

Sono intervenuti alla Conferenza i delegati di settantadue nazioni diverse.

I delegati plenipotenziari del Governo italiano sono: il dott. Alberto Lutrario, prefetto di prima classe, rappresentante dell'Italia all'Ufficio internazionale d'igiene della Società delle Nazioni; il generale medico della R. Marina G. Vittorio Repetti, capo dei servizi sanitari del Commissariato generale dell'emigrazione; il comm. Guido Rocco, primo segretario dell'Ambasciata d'Italia a Parigi; il comm. Gaetano Cancelliere, vice-prefetto di prima classe, capo dell'Ufficio degli affari generali dell'igiene al Ministero dell'interno; il colonnello di Porto Huetter; il comm. dott. Druetti, della Sanità pubblica.

Congresso Nazionale di Medicina Interna.

Riportiamo i temi che sono stati fissati per il XXXII Congresso della Società Italiana di Medicina interna, il quale si adunerà a Padova, nell'ottobre prossimo:

1) *Cura chirurgica della tubercolosi polmonare* (in comune con la Soc. Ital. di Chirurgia); relatori: proff. Francesco Galdi e Nicola Leotta;

2) *Angina di petto;* relatori: proff. Pietro Castellino e Tommaso Pontano;

3) *Reazioni biologiche nella diagnostica clinica* (Rivista); relatore: prof. Giorgio Cevolotto.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale, prof. Giuseppe Sabatini, R. Clinica Medica, Roma; o al presidente, prof. Luigi Lucatello, Padova.

Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Corsi speciali per medici condotti si terranno dal 1° al 30 novembre; i corsi di medicina saranno tenuti dai proff. Galli, Lugli, Panegrossi, Arcangeli, Carducci, Bastianelli G., Milani e Pontano; lezioni di chirurgia d'urgenza dai proff. Bastianelli R., De Fabi e Margarucci; lezioni di ostetricia dal prof. Micheli. Chiedere i programmi. Domanda in carta semplice al presidente del Comitato direttivo prof. R. Bastianelli, inviandola alla segreteria (Policlinico Umberto I) non più tardi del 30 settembre; indicare il corso che si desidera frequentare, tenendo presente che non è possibile iscriversi a più di un corso; alla domanda occorre unire: *a*) Vaglia di L. 100; *b*) Certificato del sindaco, che attesti essere il richiedente medico condotto in attività di servizio.

Oltre ai corsi suddetti ne potranno essere istituiti altri di cliniche o tecniche speciali, a richiesta degli interessati, purchè per ogni corso si raggiungano almeno cinque iscrizioni. Le prenotazioni dovranno giungere alla segreteria non oltre il 30 giugno.

Istituto medico-chirurgico del lavoro e della previdenza sociale.

È stato costituito dalla Facoltà medico-chirurgica di Napoli, che ne ha approvato lo Statuto. Si tratta di una trasformazione dell'insegnamento delle malattie mediche professionali, che veniva impartito per incarico dal prof. Luigi Ferrannini. Il personale sanitario e didattico sarà formato da tutto il Corpo insegnante della Facoltà; l'Istituto avrà còmpiti di assistenza e didattica; impartirà corsi annui, per il rilascio del diploma di « medico sociale ».

Un nuovo istituto di assistenza per la cura antitubercolare.

Il Comitato Torinese della Croce Rossa Italiana, dopo alcuni mesi di abbandono, ha rimesso in efficienza il suo Sanatorio che funzionò durante la guerra, sul Colle dell'Eremo di Lanzo.

Collo scopo però di colmare una lacuna nella profilassi della tubercolosi, anzichè riadattarlo per il ricovero di tubercolotici in atto, ne formò una colonia per operaie le quali non siano ancora colpite dalla malattia, ma ne siano minacciate da vicino, essendo discendenti da tubercolotici, o con alcuni di essi conviventi, ed essendo in condizioni fisiche, per gracilità, linfatismo, debolezza estrema, esposte a facilmente contrarre il morbo.

La Croce Rossa si propone di offrire ad operaie, che si trovino in tali condizioni, il soggiorno per uno o più mesi nel Sanatorio di Lanzo, sito in regione elevata, soleggiata, lontana dall'abitato e quindi dal pulviscolo, dal fumo, ecc.

Durante il soggiorno saranno forniti alle ricoverate vitto e riposo adeguati, per modo da far loro superare il pericolo momentaneo, e, irrobustite, rimetterle in condizioni di riprendere il lavoro.

Saranno pure ricoverate operaie convalescenti per tubercolosi iniziale ed eccezionalmente ragazzi fra i sei ed i 12 anni.

Il ricovero sarà gratuito poichè provvederanno alle spese il Municipio di Torino, il Consorzio Provinciale Antitubercolare, la Fondazione Operaia Industriale Piemontese, la Cassa di Risparmio, l'Istituto delle Opere Pie di S. Paolo ecc.; alcuni letti però saranno riservati per pensionanti.

Il Sanatorio fu recentemente visitato dal presidente del Comitato della Croce Rossa, dott. prof. comm. G. B. Boccasso, in unione al medico provinciale comm. Sacchi, ai commissari aggiunti: prof. dott. cav. Alberto Percival e Buffa di Perrero cav. uff. nob. avv. Alessandro, all'ufficiale sanitario prof. comm. Francesco Abba, al conte di Pralormo, all'ing. comm. Giovara, ricevuti dal direttore gen. med. comm. Carlo Vivalda, dal vice-direttore cav. col. Marengo, e dal medico incaricato Verdina dott. cav. Carlo.

Accertato che ogni parte del Sanatorio è in condizione di funzionare, venne iniziato l'accoglimento delle malate; questo può farsi o rivolgendosi alla Croce Rossa (piazza Vittorio Veneto 9) o all'ambulatorio « Regina Elena » (corso Moncalieri 46) o al Preventorio Municipale (via Arsenale 7) e, se non di Torino, al Consorzio Provinciale (R. Prefettura).

Una Scuola Ortofrenica a Firenze.

Si è costituita a Firenze una scuola magistrale ortofrenica presso l'Istituto Umberto I per fanciulli tardivi. Essa è la seconda del genere in Italia: l'altra è quella di Roma diretta dal prof. Montesano.

La scuola tiene dei corsi annuali e alla fine l'alunno potrà, previo esame, conseguire un diploma di licenza.

Accademia Medica Aesina.

Il 10 maggio in una sala dell'Ospedale Civile di Jesi si sono riuniti numerosi medici della valle dell'Esino ed hanno costituito l'« Accademia Medica Aesina ». Furono eletti: presidente il prof. Giorgio Giorgi; vice-presidente il prof. Antonino Rapisarda; consiglieri il prof. Giannattoni, il prof. Maurizi, il dott. Zonghi, il dott. Paolini; segretario il dott. Cardinali Edgardo. La prima riunione è fissata per il 21 giugno p. v.

Onoranze al prof. Enrico Morselli.

Il 10 aprile c. a. nella Clinica Neuropsichiatrica di Genova è stato inaugurato un busto in bronzo di Enrico Morselli, come omaggio reverente ed affettuoso dei medici dei Manicomi italiani all'illustre Maestro. Alla cerimonia, oltre le maggiori autorità cittadine, intervennero i direttori di Manicomio, proff. Antonini, Baroncini, D'Ormea, Mannini, Modena, Scabbia e Zomblea.

Parlarono degli altissimi meriti di E. Morselli il prefetto, il sen. Maragliano ed i proff. Antonini, D'Ormea, Modena e Majni.

A tutti rispose commosso il festeggiato ricordando la propria carriera manicomiale.

Il « Policlinico » aggiunge il suo plauso e i suoi augurî all'insigne uomo, che è gloria della Scienza Italiana.

Onoranze al prof. Giuffrè.

Compiendosi nel corrente anno scolastico il 30° di insegnamento del prof. Giuffrè, gli allievi suoi si sono costituiti in Comitato per festeggiamenti al maestro illustre in occasione della chiusura del suo Corso di clinica medica. Si porta a conoscenza di quanti amici e ammiratori intendono partecipare a queste onoranze che le adesioni si ricevono dal prof. Michele Lombardo, aiuto della Clinica Medica presso la R. Università di Palermo.

Una manifestazione al prof. Ascoli.

Il 22 corr., nell'aula della Clinica Medica della R. Università di Roma, ebbe luogo la lezione di chiusura del corso ufficiale del prof. Vittorio Ascoli. Profittando di questa circostanza, gli studenti hanno voluto ripetere ancora una volta tutto l'affettuoso consenso e la devota riconoscenza al maestro, per la sua opera di passione e di scienza.

Nell'accomiatarsi da lui, i laureandi in medicina, per bocca di uno di loro, hanno voluto ricordare la cura affettuosa e paterna con cui erano stati iniziati e guidati nel difficile cammino verso la scienza e l'arte salutare.

Alla loro riconoscenza vollero poi aggiungere sensi di ammirazione per la scuola medica da lui creata, che è segno all'ammirazione di quanti stranieri vengono fra noi. Ivi compresa, ultimamente, la commissione di medici americani, la quale ha voluto visitarla con molta cura e studiarne per più giorni la perfetta organizzazione. Terminarono con un saluto augurale al maestro che, chiamato dai Governi del Brasile e dell'Argentina, parte in questi giorni per un ciclo di lezioni e di conferenze, a tener alto il nome della scienza dell'Italia rinnovata.

Donazioni e legati.

Il Comitato per la Prima Mostra Romana, presieduto dal prof. Orrei, si è sciolto destinando sugli utili la somma di L. 200,000 a favore dell'Ospizio Marino di Ostia, al fine di assicurarne l'ampliamento, in considerazione della nobiltà di questa istituzione, rivolta ad un alto fine di assistenza sociale.

I sigg. John Fieschi e Vincenzo Jannone di New York hanno rimesso al gen. Gaetano Giardino la somma di L. 10,223 a favore delle colonie per i bambini tubercolotici di Fiume, che egli aveva fondato quando era Governatore militare di quella città. Il gen. Giardino, nel portare a conoscenza questo atto altamente patriottico e benefico, ha espresso l'augurio che esso valga di incitamento e di esempio.

Il Ministero della P. I. ha autorizzato la R. Università di Milano ad accettare i legati disposti a suo favore dal dott. Giovanni Rizzi, ammontanti alla somma di L. 175,000, di cui L. 135,000 destinate a provvedere allo sviluppo dei laboratori di chimica biologica e di terapia sperimentale, e L. 40,000 alla istituzione di una borsa di studio da conferirsi, per concorso, a seconda le norme di apposito statuto, ad un giovane italiano che abbia atteso a studi e a ricerche in questi laboratori almeno per due anni.

La Facoltà Medica di Vienna ha subìto alcune gravi perdite:

Il prof. POLLITZER, di 48 anni, aveva compiuto studi apprezzati sul metabolismo, sulla funzione della cistifellea, sull'azione del peptone; nello studiare i mezzi per l'arresto delle emorragie dei tubercolotici si è infettato di tubercolosi, che lo ha colpito contemporaneamente ai due polmoni e alla laringe.

Il prof. J. BARTEL dirigeva l'Istituto patologico annesso all'Ospedale Generale di Vienna; è noto pei suoi studi sui rapporti tra costituzione e malattie; sono anche apprezzate le sue ricerche sul sistema linfatico nell'infezione tubercolare, sui rapporti tra morbosità e mortalità ecc. È stato ucciso da una polmonite.

Il prof. KARL AUGUST HERZFELD era aiuto di Schauta nella Clinica ostetrico-ginecologica; lascia un ottimo trattato dal titolo « L'ostetrico » (Der Geburtshelfer); la sua estesissima pratica gl'impedì di consacrarsi alla ricerca originale, tuttavia di tempo in tempo ha pubblicato interessanti contributi, sul meccanismo del parto, sulla genesi dell'eclampsia, ecc. Dirigeva anche un ospedale specializzato.

Il prof. O. STOERK, direttore dell'Istituto d'istologia patologica e di batteriologia, contava 56 anni; era un esperto e apprezzato insegnante.

Il prof. SIGMUND EXNER, di 80 anni, aveva insegnato a lungo fisiologia all'Università di Vienna, compiendo opera di pioniere sulle funzioni della corteccia cerebrale, sulla fisiologia della visione e sull'acustica applicata.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 7 Giugno 1926 Fasc. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTIT. DI CLIN. MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

Il riflesso di difesa dal punto di vista clinico

pel dott. AGENORE VALENTINI.

Il riflesso di difesa è una reazione motoria complessa provocata da una eccitazione forte e dolorosa applicata sulla superficie cutanea di un arto paralizzato. Esso viene designato con espressioni diverse dai vari autori.

Pierre Marie e Foix lo descrissero primi sotto il nome di « riflesso di automatismo midollare » esprimendo così il concetto fisio-patologico che regge il fenomeno; dagli autori francesi che lo studiarono più tardi (Dejerine, Babinski, ecc.) fu chiamato « riflesso di difesa »; dai fisiologi inglesi « riflesso di flessione » e recentemente da Goldflam fu adottata la denominazione « di riflesso di raccorciamento » (Verkürzungsreflex), perchè puramente clinica ed obiettiva.

La tecnica per ottenere il riflesso di difesa è varia: qualunque eccitazione meccanica, termica, elettrica è capace di provocarlo. I primi autori Marie e Foix impiegarono eccitazioni dolorifiche sul dorso e sulla pianta dei piedi, mediante oggetti acuminati od anche col pizzicamento, ovvero (Foix) la flessione forzata dell'alluce o dell'avampiede verso la pianta fino a produrre un vivo dolore. Déjérine designa il primo come « riflesso di difesa superficiale » perchè l'eccitazione cammina per le vie della sensibilità superficiale; mentre il secondo è designato come « riflesso di difesa profondo » perchè l'eccitazione si propaga lungo le vie della sensibilità profonda cioè dei tendini, fascie, muscoli, capsule articolari ed eventualmente anche le ossa. Radovici servendosi della corrente d'induzione e di apparecchi grafici, ha potuto ottenere e studiare i tracciati del movimento; Filimonoff ha potuto ottenere i medesimi fenomeni mediante eccitazioni termiche. I metodi più semplici ed ordinariamente impiegati sono quelli di Marie e Foix; tanto l'eccitazione della cute della pianta e del dorso del piede, quanto la flessione forzata dell'avampiede e dell'alluce. Il malato deve essere posto sul letto in posizione orizzontale a gambe completamente distese. La regione eccitabile ottimale è ritenuta la pianta del piede, però la zona riflessogena è molto vasta e comprende la cute della gamba e della coscia specialmente al lato interno e perfino la regione addominale inferiore. Possono ridursi a quattro le modalità di risposta allo stimolo:

1) Il modo di risposta ordinaria consiste in una « triplice flessione » del piede sulla gamba, della

gamba sulla coscia, della coscia sul bacino. Il movimento diventa quadruplice flessione quando si associa il segno di Babinski (flessione dorsale dell'alluce).

2) Può aversi una flessione del piede ed estensione della gamba nei malati contratturati in estensione, nei quali preventivamente era stato posto l'arto in flessione.

3) In questi stessi malati ad arti artificialmente flessi, l'eccitamento prima esagera la flessione e poi provoca una estensione reattiva e duratura.

4) Talvolta qualunque sia l'effetto motorio dell'arto eccitato si constata una contrazione dei muscoli del lato opposto con effetto estensorio. È quello chiamato da Sherrington « crossed extension reflex » o riflesso crociato di estensione. Per l'interpretazione di questi effetti motori così differenti si può ammettere che il senso del movimento sia condizionato dalla posizione in cui si trovano al momento dell'eccitazione i segmenti degli arti gli uni in rapporto agli altri (Babinski).

L'*intensità* e l'*ampiezza* del movimento sono estremamente variabili nei vari casi: uno stimolo appena sensibile può provocare una accentuata flessione tripla, mentre uno stimolo energico può riuscire a flettere appena il piede sulla gamba; fra questi estremi si notano tutte le possibili gradazioni. Per poter apprezzare il fenomeno nel suo giusto valore è necessario tener presente che nell'individuo sano alla stimolazione segue una contrazione improvvisa e rapida della fascia lata, dei flessori del piede, della gamba e della coscia, mentre nei paralitici essa è lenta, ineguale, saccadée, con aspetto di movimento volontario e la decontrazione è pure lenta e riporta l'arto pure lentamente alla sua posizione primitiva. Inoltre la flessione del piede ottenuta mediante l'eccitazione di una regione differente dalla pianta, costituisce di per sè una forma patologica del riflesso di difesa.

Un altro aspetto del riflesso di difesa patologico è quello designato da Goldflam come « forma intermittente » che appare coll'impiego di una eccitazione duratura e che consiste in successivi movimenti di accorciamento ed allungamento di durata variabile. Nelle condizioni patologiche inoltre del riflesso di difesa può avvenire che la gamba resti elevata e flessa per un certo tempo; in questo caso la tensione tonica dei flessori dura a lungo oltre lo stimolo e ritarda il ritorno alla posizione orizzontale. Goldflam ha osservato che ad uno stimolo portato sul lato della paralisi sensitiva nelle sindromi di Brown-Sequard non seguiva subito una reazione motoria, ma che intercedeva una specie di tempo di latenza che può essere ben misurato cogli apparecchi grafici e può raggiungere i 40''. Egli credette che dalla misurazione di questo tempo di latenza si potesse indurre un giudizio diagnostico differenziale sopra diverse malattie del midollo come per es. nella compressione midollare e nella sclerosi multipla, ma l'esperienza ulteriore non gli confermò la speranza e Sthrohl dopo molteplici ricerche in questo senso, concluse che non si poteva dare alcun valore nè fisiopatologico nè clinico alla misurazione del tempo di latenza. L'impiego dello stimolo duraturo ha dato occasione di studiare molti altri aspetti del riflesso di difesa. Sherrington e Graham Brown nel così detto « cane spinale » osservarono contrazioni ritmiche persistenti e Radovici, servendosi di correnti d'induzione otteneva pure delle contrazioni ritmiche che egli chiamò *ritmia cutaneo riflessa* per contrapporla alle contrazioni ritmiche che si ottengono con la percussione ordinaria del tendine di Achille e del tendine del quadricipite (clono del piede e della rotula) e che chiamò *ritmia tendineo riflessa*.

Talvolta si osserva che anche perdurando la stimolazione il movimento s'interrompe e l'arto ritorna allo stato di riposo. Questo fatto è interpretato come un abbassamento della eccitabilità midollare che può giungere fino all'esaurimento dei centri midollari corrispondenti, ed è necessario un notevole rinforzo dello stimolo perchè riappaia la reazione motoria. Un fenomeno apparentemente paradossale è dato dall'interruzione improvvisa dello stimolo persistente: essa provoca la reazione massima appena lo stimolo cessa o subito dopo, e si ottiene non solo per mezzo della stimolazione del dorso del piede, ma anche del resto della cute della gamba e della coscia nei casi in cui la zona riflessogena è estesa fino a queste regioni; ed anzi la reazione è egualmente violenta anche quando l'arto paralizzato è contemporaneamente anestesico, ed ha un lungo tempo di latenza.

Sthrohl porta questo fenomeno in analogia colla contrazione muscolare che si ottiene nell'interruzione della corrente galvanica (contrazione di apertura) e Goldflam ne dà una interpretazione più semplice affermando che, come per gli organi dei sensi, la cessazione di uno stimolo che dura da lungo tempo rappresenta un nuovo stimolo.

Infatti il mugnaio addormentato si sveglia quando la macina improvvisamente si arresta, e così pure si desta il viaggiatore quando il treno si ferma; una nuova anologia noi troviamo nel sintomo che Blumenberg ha descritto nelle peritoniti circoscritte: quando le dita che fanno pressione sulla regione malata si distaccano rapidamente si provoca un vivo dolore. In questi casi come anche nel riflesso di difesa le terminazioni nervose sensitive della cute e dei tessuti sottostanti, ricevono una forte eccitazione dalla dislocazione dei tessuti, dalle oscillazioni della cor-

rente circolatoria e dallo stesso scuotimento che richiamano un dolore più vivo di quello che porta l'eccitazione ordinaria.

Vedremo più tardi quali induzioni diagnostiche trassero i diversi neurologi dai differenti aspetti del riflesso di difesa. Ora è interessante stabilire quali rapporti intercedono fra il riflesso di difesa e il segno di Babinski. Il riflesso di difesa unilaterale o bilaterale si osserva nelle malattie del sistema nervoso centrale con lesione delle piramidi, nelle emiplegie, paraparesi spastiche, paraplegie consecutive a processi compressivi al disopra del midollo lombare e processi midollari circoscritti e diffusi e nelle mieliti trasverse. In tutte queste lesioni si nota pure il segno di Babinski. Entrambi rivelano una lesione della via piramidale e sono molto spesso associati, ma i loro legami non sono indissolubili e possono avere una significazione molto differente ed i loro centri, sebbene prossimi, debbono certamente essere completamente indipendenti. Secondo Marie e Foix il riflesso di Babinski appartiene allo stesso ordine di movimenti automatici del riflesso di difesa, cioè in ultima analisi ad un meccanismo di marcia. Esso presenta su quest'ultimo riflesso il vantaggio di costituire un riflesso di eccitazione minimale.

Noi sappiamo che nella marcia durante l'allungamento dell'arto i flessori del piede si contraggono energicamente perchè la flessione plantare delle dita aiuta lo slancio di progressione; durante la flessione dell'arto i tendini del tibiale anteriore e dell'estensore proprio dell'alluce determinano la flessione dorsale del piede e l'estensione dell'alluce. Di conseguenza normalmente l'estensione delle dita (flessione dorsale) appartiene al movimento automatico di raccorciamento e quindi il Babinski riposa come vediamo sopra un meccanismo di deambulazione. Ora il segno di Babinski e il riflesso di difesa si possono provocare nella medesima maniera, e colla manovra di Oppenheim e di Gordon insieme al Babinski si può trovare più o meno evidente anche il riflesso di difesa. Pierre Marie conclude che il Babinski e il riflesso di difesa si producono per eccitazioni della stessa natura e sono solamente differenti di grado, ma possono essere espressione di stati patologici anche profondamente differenti, perchè in una medesima malattia essi possono dimostrare un comportamento opposto. Dejerine in un caso di sezione completa del midollo osservò il riflesso di difesa patologico, ed il riflesso plantare in flessione, come pure in alcuni pseudobulbari ed antichi emiplegici il riflesso di difesa può trovarsi anche quando non si provoca il segno di Babinski. Anzi quando per un antagonismo fra il riflesso plantare in flessione e quello in estensione il movimento delle dita è nullo, il riflesso di difesa può essere il segno di una lesione che la ricerca del segno di Babinski non aveva potuto rilevare.

Vediamo ora qual rapporto corre tra l'esaltazione dei riflessi tendinei ed il riflesso di difesa. In molti stati morbosi il riflesso di difesa e l'esaltazione dei riflessi tendinei possono avere significato analogo, ma mentre il riflesso di difesa è un segno patologico, i riflessi tendinei sono una reazione normale del sistema nervoso e solo la loro mancanza o la loro esagerazione portano un importante significato diagnostico. E mentre il riflesso di difesa compare solamente in malattie esclusivamente organiche dei centri nervosi, l'esaltazione dei riflessi tendinei si può riscontrare in molti stati nevropatici e in molte affezioni dolorose degli arti inferiori.

Una eccezione alla regola che considera il riflesso di difesa come patologico è data dal fatto che esso può provocarsi anche nei sani nello stato di sonno. Goldflam osservò fanciulli dai 6 ai 17 anni durante il sonno profondo; in una proporzione del 14,34 egli trovò un tipico segno di Babinski insieme ad una triplice flessione in seguito ad una eccitazione superficiale della pianta, ed un tipico riflesso di difesa durante il pizzicamento del dorso del piede; negli altri fanciulli egli notò od una mancanza di riflessi od una flessione plantare delle dita talvolta accompagnata a tripla flessione.

Per l'interpretazione di questi fatti l'autore pensa che il centro del riflesso di difesa si mantenga in istato di latenza funzionale, e che esso possa venire richiamato in funzione per l'abolizione dell'influenza della corteccia cerebrale sul centro riflesso del midollo, come avviene nel sonno. Nella prima infanzia finchè il fascio piramidale non ha raggiunto il suo completo sviluppo il riflesso di difesa può ottenersi anche nello stato di veglia.

Non rari sono i casi nei quali si è constatata l'esaltazione dei riflessi tendinei e il clono senza riflesso di difesa. In cinque casi di siringomielia con probabile localizzazione cervico-dorsale Goldflam potè constatare riflessi tendinei esaltati, debole o assente il Babinski e mancanza del riflesso di difesa: eguale reperto egli trovava nella tabe dorsale spastica e nell'emiplegia organica. Più raro è il comportamento contrario e cioè la presenza del riflesso di difesa senza riflessi tendinei.

Questo è stato osservato sopratutto in casi di emiplegia recente di origine vascolare, in cui era provocabile anche il Babinski; nella malattia di Friedreich (Babinski, Jarkowski) e nella tabe associata ad una lesione piramidale. A questa categoria appartengono anche casi di mielite funicolare dei cordoni posteriori e laterali, quelli delle anemie perniciose, molte malattie extrapiramidali

come il morbo di Parkinson genuino e postencefalitico.

Anche considerato in rapporto ai riflessi cutanei il riflesso di difesa è completamente indipendente. Esso come sappiamo viene richiamato non solo dalla stimolazione della cute ma anche da quella dei tessuti profondi. L'aspetto intermittente del riflesso di difesa non è proprio dei riflessi cutanei. Mentre i riflessi addominali, cremasterici, plantari sono legati ad una determinata regione cutanea, quella del riflesso di difesa è diffusa a tutto l'arto; inoltre mentre i riflessi cutanei scompaiono nelle lesioni piramidali, è allora che il riflesso di difesa può essere messo in evidenza. I riflessi cutanei hanno il loro centro nella corteccia cerebrale, il riflesso di difesa con grande probabilità nella intumescenza lombare. Nella porzione lombare o sacrale del midollo sarebbe situato, secondo la massima parte degli autori il riflesso di difesa. La sua maggiore o minore eccitabilità dipende dalla estensione più o meno grande delle lesioni delle vie collegate all'encefalo (particolarmente le vie piramidali), lesioni che Munk designò come « Isolierungveränderungen » cioè alterazioni isolatrici mentre i francesi descrissero l'effetto come « activité de la moëlle liberée ». Ma secondo Babinski l'esaltazione del riflesso di difesa non è in relazione diretta con il grado della degenerazione secondaria tanto è vero che essa può persistere ancora per lungo tempo anche quando gli altri segni di paralisi sono scomparsi come avviene nei tumori del midollo spinale; inoltre essa è particolarmente pronunciata in casi di paralisi spastica consecutiva a compressione midollare o sclerosi nelle quali la degenerazione piramidale manca o è poco pronunciata. Egli ammette che per ottenere l'esaltazione del riflesso di difesa è necessario che non siano distrutti tutti i legami col cervello: infatti si nota che nella interruzione completa delle vie cerebro spinali come nella compressione totale del midollo o nelle sezioni trasverse complete esso manca o è appena provocabile.

In rapporto al grado di eccitabilità del centro del riflesso di difesa Goldflam stabilisce la seguente scala:

1) Il riflesso di difesa si manifesta solo in seguito all'interruzione dello stimolo (eccitazione massima).

2) Al principio ed alla fine della stimolazione.

3) Il più alto grado di eccitabilità è rappresentato dal riflesso di difesa a tipo intermittente persistente durante tutta la durata dell'eccitazione. Questo ultimo tipo che si associa ordinariamente anche ad una maggiore estensione della zona eccitabile che può raggiungere la coscia si osserva in tutti i casi di compressione del midollo al disopra del rigonfiamento lombare. Ma il massimo grado di reazione è raggiunto nella compressione del midollo dorsale da un tumore intradurale. La pachimeningite tubercolare od un tumore che invade la dura dall'esterno, si accompagnano bensì ad una esaltazione del riflesso di difesa ma in forma più moderata.

L'esaltazione del riflesso di difesa è stato osservato talvolta anche in alcuni casi di sclerosi multipla: essi appartengono in genere al primo grado della scala di Goldflam e si rivelano al momento della interruzione dello stimolo ed al principio della stimolazione anche quando la paralisi spastica è completa. È noto che esistono forme di sclerosi multipla che decorrono sotto il quadro di tumori extramidollari specialmente del midollo dorsale: in questi casi dubbi un riflesso di difesa debole e la mancanza della estensione della zona riflessogena alla gamba e alla coscia parla più per la sclerosi che per un tumore.

Babinski e con lui gli altri autori francesi distinguono le contratture in due gruppi clinici che hanno in comune l'eziologia, la prognosi e la patogenesi a seconda del comportamento del riflesso di difesa. Egli distingue *una contrattura tendino-riflessa* quando gli arti sono in estensione, i riflessi tendinei esaltati ed il riflesso di difesa è debole; e una *contrattura cutaneo-riflessa*, quando la contrattura è in flessione i riflessi tendinei deboli e scomparsi, e il riflesso di difesa notevolmente esaltato. Foix chiamò quest'ultima « contrattura di automatismo midollare » e lo considera come un riflesso di difesa « fissato ». La contrattura in flessione e l'aumento del riflesso di difesa indirizza la diagnosi verso una lesione più profonda di quella che può rivelare la contrattura in estensione: la prima infatti suole apparire in tutte le compressioni che riguadano il midollo nella sua totalità, la seconda solo nelle affezioni che interessano le vie piramidali. Sulla base di questa distinzione Pierre Marie e Foix hanno riunito infatti nel primo gruppo le malattie che comportano una più o meno completa interruzione delle vie dell'asse spinale con liberazione del midollo inferiore dagli influssi dei centri cerebrali come le mielite trasverse, le paraplegie da compressione, ed alcune siringomielie: in questi casi il riflesso di difesa suole essere molto pronunciato; nel secondo gruppo le malattie più o meno sistematiche dei fasci piramidali come la paraplegia sifilitica di Erb, nella quale i sintomi di automatismo midollare sono poco pronunciati e si limitano al segno di Babinski e all'esaltazione dei riflessi tendinei. Secondo Walshe e gli autori inglesi la differenza del comportamento estensorio e flessorio si spiegherebbe col fatto che gli estensori e i flessori sono sottomessi ciascuno ad una forma specifica di attività riflessa,

tonica negli uni, clonica fasica negli altri e che avrebbe il suo centro per i flessori nei nuclei spinali; per gli estensori il mesocefalo e specialmente i nuclei paracebellari. Una lesione del fascio piramidale esalta insieme l'attività riflessa degli estensori e quella dei flessori e dà luogo ad una paraplegia in estensione; al contrario una lesione della via piramidale e di quella dei nuclei paracerebellari determina una paraplegia spastica in flessione.

Sommamente interessante è l'applicazione che Babinski e Jarkowski hanno fatto del riflesso di difesa per la delimitazione del confine inferiore dei tumori del midollo. Mentre il confine superiore delle alterazioni della sensibilità rivelano il limite superiore del tumore, l'altezza fino alla quale è ancora provocabile il riflesso può rivelare il confine inferiore del tumore. Quando la zona fra i due limiti è estesa, questo può significare la presenza di una localizzazione « extradurale »; se al contrario è piccola può essere verosimile un tumore « intradurale ». Goldflam in alcuni casi di tumore midollare controllati al tavolo operatorio, vide che il limite superiore della sensibilità corrispose sempre perfettamente al limite delle alterazioni neoplastiche, ma dal comportamento del riflesso di difesa non potè ottenere una delimitazione così precisa e molto spesso il tumore era situato molto più in alto di quello che avrebbe fatto sospettare il limite di provocabilità del riflesso di difesa. La ragione dipende secondo Goldflam dal fatto che le parti prossimali della gamba e la coscia, che già per il riflesso di difesa rappresentano regioni meno eccitabili, hanno bisogno di stimolazioni più forti e più durature di quelle che sono sufficienti a provocarlo nelle regioni ordinarie della pianta o del dorso del piede (pizzicamento violento, correnti forti, forti stimolazioni termiche).

Anche dopo l'operazione il riflesso di difesa persiste per lungo tempo, quando la motilità si è ripristinata, ed i riflessi tendinei si sono attenuati; ma d'altra parte nei casi che si avviano verso la morte con paraplegia più o meno completa il riflesso di difesa va sempre più indebolendosi e poi scompare. Dapprima scompaiono i riflessi tendinei (ultimo il patellare dal lato della paralisi motoria); in uno stadio più avanzato tanto il riflesso di difesa quanto il segno di Babinski si possono ancora provocare mediante il pizzicamento del dorso del piede.

Il riflesso di difesa provocato dal dorso del piede scompare prima di quello che può ottenersi dalla pianta. Il segno di Babinski si cancella sempre più per stimoli non dolorifici della pianta dei piedi ed al suo luogo appare sempre più chiaramente la flessione lenta e tarda delle dita; mentre la triplice flessione del riflesso di difesa è già scomparsa del tutto. Alcuni giorni prima della morte scompare ogni attività riflessa.

Riassumendo:

Il riflesso di difesa che si ottiene mediante l'eccitazione della pelle della pianta del dorso del piede e dei tessuti profondi (metodo di Marie-Foix) è costituito da una triplice flessione talvolta associata alla flessione dorsale dell'alluce (segno di Babinski). Esso può considerarsi esaltato in proporzione diretta alla forza ed all'ampiezza delle contrazioni ed alla estensione della zona riflessogena alla gamba ed alla coscia e specialmente alla manifestazione del tipo « intermittente » di esso riflesso mediante l'impiego di una eccitazione duratura.

La regione più eccitabile è la pianta del piede e l'eccitazione deve essere un po' più forte di quello che basta a provocare il Babinski; essa deve essere di tanto aumentata, per ottenere il medesimo effetto, di quanto è più prossimale la regione eccitata.

Il riflesso di difesa compare in malattie del sistema nervoso centrale con lesione dei fasci piramidali, ma anche in malattie cerebrali senza lesione piramidale, nello stato soporoso o comatoso od anche nel sonno normale.

L'esaltazione compare sopratutto nei processi che comprimono il midollo spinale sopra il rigonfiamento lombare, anche in alcuni casi di sclerosi multipla, di processi midollari diffusi e trasversi e in alcune emiplegie. In casi in cui resta difficile la distinzione tra un tumore comprimente il midollo e la sclerosi multipla un debole riflesso di difesa parla più per una sclerosi; un riflesso di difesa esaltato e specialmente il tipo intermittente con allargamento della zona eccitabile, parla più per un tumore che per la sclerosi.

Infine in casi di tumori con compressione midollare usciti dall'operazione con buon esito, il riflesso di difesa era provocabile per lungo tempo ancora dopo che la funzione motoria si era completamente ripristinata.

BIBLIOGRAFIA.

MARIE e FOIX. Revue neurologique, XXIII, 672, 1912.
BABINSKI. Ibid., 1922, n. 8.
MARIE e FOIX. Ibid., 1910, XX, pag. 121.
WALSHE. *The Physiological signific. of the Reflex Phänomen, ecc.* Brain, 1914, 37, 269.
LINKS. Zeitsch. fur Klin. Med., 1905.
FILIMONOFF. Ref. Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. XXIX, Hf. 4.
RADOVICI. Revue neurologique, 1923, n. 2.
BARRÉ. *Etud. Clinique d'un cas de paraplégie.* Encephal, 1923, n. 7.
HARTMANN. Revue neurologique, 1923, n. 4.
DÉJÉRINE. *Sêmejologie du sys. ner.* R. n., 1911 e 1912.
GOLDFLAM. Deutsche Zeit. fur. Nervenheilkunde, Bd. 80, 3-4 Hft., 1923.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Amebiasi intestinale ed endocardite.

Prof. C. B. FARMACHIDIS
ex-coadiutore all'Istituto di Patologia Sperimentale Medica della R. Università di Genova.

In una mia precedente pubblicazione in questo periodico, occupandomi delle manifestazioni cardiache nel decorso dell'amebiasi intestinale, descrissi, fra l'altro, la storia clinica di due inferme nelle quali notai l'insorgere subdolo di un processo endocarditico e lo stabilirsi di una insufficienza mitralica, mentre ancora perduravano i fenomeni dissenterici.

Mi è dato di osservare altri due casi consimili. Per l'interesse che queste constatazioni possono presentare, credo opportuno di riunire in una sola comunicazione la storia clinica delle 4 osservazioni. Servirà, a mio parere, a rendere più evidente e a confermare meglio la correlazione delle manifestazioni cardiache con quelle dissenteriche.

OSSERVAZIONE I. — M. Cl., di anni 38, maritata con prole; non aborti. Stette sempre bene fino a due anni fa, quando sofferse di dissenteria amebica curata con una serie di iniezioni di emetina. Dice l'inferma che in seguito a queste, avvertì astenia profonda la quale, sebbene attenuata, continua tuttora.

Da allora con tregue più o meno lunghe di regolare funzionamento dell'intestino, la diarrea riprende periodicamente, senza cause apprezzabili, dura per qualche giorno e cessa spontaneamente od in seguito a qualche trattamento adeguato. L'inferma dice che i periodi di tregue sono di così completo e regolare funzionamento dell'intestino che, la ripresa della diarrea, Le dà l'impressione come se si trattasse, in ogni nuova recrudescenza, di una nuova malattia. Contemporaneamente alla ripresa della diarrea, l'inferma accusa delle sensazioni moleste lungo il colon con tenesmo anale, dolore gravativo, come di sbarramento, alla regione periombelicale.

Indipendentemente poi dalla cessazione o ripresa della diarrea cioè anche nei periodi di tregue, l'inferma avverte peso e gonfiore all'epigastrio con senso di viva oppressione al petto di insufficiente respirazione, essa dice, specie dopo l'ingestione di cibi. Inoltre affanno che insorge nel camminare o salire le scale.

Stato attuale: 12 luglio 1924: t. 36.6, p. 90, r. 18.
Costituzione scheletrica e muscolare: regolari.
Pannicolo adiposo: scarso.

App. respiratorio: nulla dimostra all'esame obbiettivo.

App. circolatorio. Cuore: Il suo limite interno trovasi, sulla marginale destra dello sterno. Si riduce colla ginnastica attiva, alla quale consigliai l'inferma di ricorrere per liberarsi dell'oppressione al petto che la stessa sovente avverte.

Toni: alquanto ottusi su tutti i focolai.

Aorta e vasi: in condizioni normali.

Polso: ritmico, frequente (90), piccolo; pr. mx. 13; pr. mn. 8.

Funzionalità cardiaca: ricercata col riflesso addominocardiaco di Livierato, dimostra una spiccata ipotonia del miocardio (dopo la provocazione del riflesso, il limite interno del cuore sorpassa di 1 cm. la marginale destra dello sterno). (Roc-Rac-positivi).

App. digerente: lingua impatinata.

Stomaco: atonico; si lascia distendere dall'ingestione di 1 bicchiere di acqua (il suo limite inferiore si abbassa quasi all'ombelicale circolare).

Addome: rilasciato; dolente il colon, specialmente la regione sigmoidea e la periombelicale. Le evacuazioni diarroiche consistono di materiale poltaceo, talvolta con muco, senza sangue.

L'esame delle feci, ripetutamente eseguito, ha dimostrato la presenza di Ameba Hystolitica.

Fegato e milza nei limiti normali.

Reni nei limiti normali.

Esame delle urine: nulla contengono di patologico.

Sistema nervoso in condizioni normali.

7 agosto 1924. Rivedo l'inferma con una nuova recrudescenza delle turbe enteriche e con presenza ancora di amebe nelle feci.

All'esame del cuore riscontro la dilatazione del ventricolo destro ancora riducibile colla ginnastica. (Roc e Rac sempre positivi).

All'ascoltazione il 1° tono molto ottuso sulla punta; mentre si percepisce nettamente il secondo.

Nei giorni seguenti rivisitando l'inferma mi accorgo della graduale sostituzione del 1° tono, sulla punta, da un soffio, il quale dapprima, appena percepito, divenne in seguito ben netto, e ora occupa tutto il primo tempo, si trasmette alla regione gastrica, non scompare colla ginnastica, anzi si rinforza ancora più, diventa più rude. *Si è costituita cioè nel decorso delle manifestazioni amebiche, una insufficienza mitralica, organica.* Polso frequente aritmico piccolo. Non febbre.

15 gennaio 1925. Rividi l'inferma. Discretamente bene in quanto riguarda le funzioni gastroenteriche.

Cuore. Limite interno dell'ottusità assoluta alla mediana dello sterno. Non si riduce colla ginnastica. *All'ascoltazione*, soffio in 1° tempo sulla punta. Si trasmette alla regione ascellare ed interscapolare sinistra. Accentuazione del 2° tono sulla polmonare.

OSSERVAZIONE II. — Gr. F., di anni 57, maritata con prole, 6 gravidanze a termine. Stette sempre bene fino a due mesi fa quando venne colta da diarrea (8-10 volte al giorno) con presenza di muco, talvolta di sangue, dolori addominali, specialmente periombelicali in senso gravativo, lungo il decorso del colon, specialmente la porzione discendente, tenesmo anale.

Venne chiamato il sanitario, il quale la sottopose a dieta severa e somministrazione di pillole sulla composizione delle quali non potetti avere spiegazioni dall'inferma.

Ciò non ostante la diarrea continuò e a questa si aggiunsero, dopo una ventina di giorni, turbe gastriche, consistenti in peso e gonfiore all'epigastrio con senso di viva oppressione al petto, affanno appena l'inferma cercava di compiere il più piccolo movimento.

Visitando l'inferma circa 40 giorni dopo l'inizio della malattia, di cui essa soffre tuttora, riscontro:

T. 36.8. P. 90. R. 20.

Costituzione scheletrica regolare.
Sistema muscolare in istato di iponutrizione.
Pannicolo adiposo scarso.
App. circolatorio. Cuore destro dilatato. Limite interno fino alla mediana dello sterno. Si riduce colla ginnastica attiva.
Toni ottusi su tutti i focolai.
Aorta e vasi in condizioni normali.
Polso frequente (90) ritmico, regolare.
Funzionalità cardiaca. Ricercata col metodo di Livierato. (Rifl. add. card.) dimostra una spiccata ipotonia del miocardio. Dopo la provocazione del riflesso, il limite interno arriva fino ad 1 cm. al di fuori della marginale destra dello sterno. (Roc e Rac positivi).
App. digerente. Lingua impatinata.
Addome leggermente meteorico, dolente alla palpazione negli angoli epatorenali, splenico e colonsigma, il quale si presenta indurito, contratto.
Stomaco nei limiti normali e li conserva tali anche dopo l'ingestione di 1 bicchiere di acqua.
Funzioni intestinali. Evacuazioni diarroiche (5-6 al giorno) di materiale poltaceo, con muco.
Dice l'inferma che ogni evacuazione è seguita da dolori addominali e da tenesmo. Come per altre inferme ogni evacuazione è seguità da una sensazione di sfinimento, come di qualche cosa che si stacchi dal suo organismo.
Esame delle feci. Ripetutamente ed insistentemente eseguito, dimostra al 7° esame la presenza di ameba hystolitica e di cisti amebiche.
Fegato, milza, reni, sistema nervoso in condizioni normali.
Rivedo l'inferma dopo 8 giorni. Stato invariato nelle condizioni intestinali. Per contro l'astenia è più intensa. Ha leggeri movimenti febbrili di 37.2-37.4. Più intenso il senso di oppressione al petto e di affanno.
All'ascoltazione del cuore, il cui limite interno raggiunge la marginale destra dello sterno, sempre però riducibile colla ginnastica, rilevo il 1° tono sulla punta leggermente soffiante. Nei giorni seguenti questo fatto si accentua; il soffio sostituisce completamente il 1° tono, divenuta più intenso colla ginnastica, è leggermente percettibile sulla regione gastrica. Rinforzato alquanto il 2° tono sulla pulmonare.
Anche in questa inferma dunque *si è costituita una netta insufficienza mitralica organica nel decorso delle manifestazioni dell'amebiasi intestinale.*

OSSERVAZIONE III. — F. N., di anni 55, maritata. Casalinga. Ebbe 2 gravidanze a termine. Non ricorda aver sofferto le comuni malattie esantematiche dell'infanzia. Stette sempre bene fino a un anno fa, quando contrasse una dissenteria amebica (evac. diarroiche 15-20 volte nelle 24 ore con muco-sangue, febbre su 38-39) la quale dopo un trattamento emetinico di circa 15 giorni, si attenuò notevolmente, residuando però delle turbe enteriche, le quali persistono tuttora. Queste consistono in periodi di stitichezza seguiti da altri di evacuazioni diarroiche che si ripetono di tanto in tanto, contenenti talvolta muco, con dolori lungo il colon discendente. L'inferma racconta che poco tempo dopo l'infezione dissenterica, (circa un mese) cominciò ad avvertire affanno nel salire le scale o al più piccolo sforzo e contemporaneamente peso-gonfiore e dolore all'epigastrio, insorgenti subito dopo i pasti, con senso di stringimento al petto. In seguito notò la comparsa di edemi agli arti inferiori, che continuano tuttora.
7 novembre 1924. *Esame obbiettivo.* T. 36.7. P. 96. R. 22.
Costituzione scheletrica regolare.
Pannicolo adiposo e sistema muscolare normalmente sviluppati.
App. respiratorio. Nulla all'ispezione, palpazione, percussione. Solo all'ascoltazione si notano rantoli a medie bolle in- ed espiratorii in corrispondenza delle regioni infrascapolari. Tosse frequente con emissione di catarro mucopurulento, il quale all'esame microscopico dimostra la presenza di germi comuni.
App. circolatorio: Cuore. All'ispezione e palpazione la punta si riscontra nel V spaz. interc. sinistro e 1 1/2 cm. all'interno della emiclaveare.
Alla percussione il limite superiore dell'ottusità assoluta, in corrispondenza della marginale sinistra dello sterno, si riscontra al III spazio intercostale. Il limite *inferiore esterno*, sede della punta, nel V spaz. intercostale sinistro a 1 1/2 cm. all'interno della emiclaveare. *Limite inferiore* alla VI costola. *Limite interno* fra la mediana e la marginale destra dello sterno. Non si riduce colla ginnastica.
Ascoltazione. Soffio interno, in I tempo, sulla punta che si trasmette alla regione gastrica, ascellare ed interscapolare sinistra. Accentuazione del II tono sul focolaio della polmonare.
Abbiamo cioè una netta insufficienza mitralica, organica.
Aorta e altri vasi, in condizioni normali.
Polso. frequente, ritmico, regolare, piuttosto piccolo.
Vene del collo in condizioni normali. Pr. mx. 14 (Pachon). Pr. mn. 9.
App. digerente. Lingua impatinata.
Stomaco dilatato (limite inferiore sulla mediana, alla ombelicale circolare).
Intestino, dolente il colon discendente. Periodi di stitichezza alternati ad evacuazioni diarroiche, contenenti muco.
Esame delle feci. Presenza di ameba hystolitica e di cisti.
Fegato. Leggermente tumefatto e dolente alla palpazione.
Reni e milza in condizioni normali.
Esame urine: nulla dimostra di patologico.
Sistema nervoso e sistema ganglionare in condizioni normali.

OSSERVAZIONE IV. — M. P., di anni 40, maritata, senza prole. Non aborti. Non ricorda aver sofferto le comuni malattie esantematiche dell'infanzia. Mestruata a 15 anni, stette sempre bene fino a due anni fa quando contrasse la dissenteria amebica, durata circa 20 giorni, ripetuta dopo un anno circa, e curata con iniezioni di emetina.
Circa 20 giorni dopo la prima infezione dissenterica e mentre ancora non erano completamente cessate le turbe enteriche, cominciò ad avvertire affanno nel camminare, nel salire le scale, dopo l'ingestione di cibi e man mano anche dopo i più *piccoli sforzi*, affanno che andò man mano accentuandosi e che perdura tuttora. I sanitari che allora la visitarono la trovarono affetta di cardiopatia.
7 febbraio 1925. *Esame obbiettivo.* T. 36.5 P. 92. R. 22.
Sistema scheletrico regolarmente sviluppato.
Sistema muscolare e pannicolo adiposo normalmente sviluppati.

App. respiratorio. Nulla all'ispezione, palpazione, percussione. All'ascoltazione si rilevano rantoli a medie e piccole bolle, in- ed espiratorii alle regioni infrascapolari.

Tosse con scarso espettorato muco-purulento, contenente cocchi, diplococchi e germi comuni.

App. circolatorio. Cuore. All'ispezione e la palpazione, la punta si riscontra nel V spazio intercostale di sinistra, a 2 cm. all'interno della emiclaveare. Colla palpazione si avverte fremito intenso sistolico in corrispondenza della regione della punta.

Alla percussione il *limite superiore* dell'ottusità assoluta, sulla marginale sinistra dello sterno, si riscontra nel III spazio intercostale. Il *limite interno*, sulla marginale destra dello sterno. Il *limite inferiore esterno*, sede della punta, nel V spazio int. sinistro a 2 cm. all'interno della emiclaveare. Il *limite inferiore*, alla VI costola.

Ascoltazione. Si ascolta soffio intenso in I tempo, sulla punta, che si trasmette nettamente alle regioni ascellare, gastrica ed interscapolare sinistra.

Accentuazione del II tono sulla polmonare.

Aorta e *vasi* in condizioni normali.

Polso frequente, ritmico, regolare, piuttosto piccolo.

Vene del collo in condizioni normali. Pr. mx. 15 (Pachon), Pr. mn. 10.

App. digerente in condizioni normali.

Fegato tumefatto e dolente alla palpazione.

Reni, milza, sistema ganglionare e nervoso in condizioni normali.

Anche in questo caso abbiamo quindi una netta insufficienza mitralica, organica, sviluppata e costituita in seguito alla infezione amebica.

In queste 4 osservazioni la ricerca accurata dei dati anamnestici è negativa per qualsiasi agente etiologico, di qualsiasi natura, capace di provocare un processo endocarditico. *Unica malattia in causa è la dissenteria amebica.* L'inizio delle manifestazioni della lesione endocarditica sono in diretta correlazione coll'amebiasi intestinale. Che per ora resti sospeso del come l'ameba agisca, per diretta sua localizzazione sull'endocardio o per mezzo di eventuali sue tossine o ancora che, attraverso le lesioni che essa determina sulla mucosa intestinale, favorisca il passaggio in circolo di qualche altro microbo patogeno, *rimane comunque fuori discussione la correlazione diretta fra l'infezione amebica e la lesione endocarditica.*

E oltre che le lesioni endocarditiche nell'amebiasi intestinale possiamo avere la lesione della fibra muscolare cardiaca stessa, come abbiamo detto nella precedente nostra comunicazione.

Siccome non risulta dalla bibliografia che altri abbiano fatto osservazioni consimili, per l'importanza che l'argomento presenta, attiriamo l'attenzione degli studiosi, perchè, con ricerche appropriate, si riesca a chiarire, se possibile, il modo di produzione delle lesioni cardiache suddescritte.

Pervenuto alla Redazione il 5-4-1925.

COMMENTI.

CLINICA MEDICA GENERALE E SEMEIOTICA (II)
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretta dal prof. G. ZAGARI.

Sulla escrezione urinaria della colesterina

per il prof. LUIGI CONDORELLI, aiuto.

Gardner e Gainsborangh pubblicano nel *Bioch. Journ.*, vol. 19, n. 4, pag. 667-671, 1925, un lavoro sulla eliminazione urinaria della colesterina. Gli AA. hanno voluto ricercare, nell'uomo normale ed in condizioni patologiche, se esiste una escrezione urinaria della colesterina, e quali rapporti essa abbia con il tasso colesterinemico. Premettono che malgrado l'eliminazione della massima parte della colesterina avvenga in condizioni normali per il fegato, pur tuttavia una piccola quantità di colesterina nell'urina di individui normali sarebbe stata riconosciuta da Grunke (*Bioch. Zeit.*, vol. 132, fasc. 4-5, pag. 543-555, 1922). Nel condurre i loro esperimenti tennero presente che Gardner avrebbe trovato nel 1924 nella bile di ippopotami un'etere colesterinico idrolizzabile solo con gli acidi forti, e che dall'A. è stato identificato con l'etere solforico del colesterolo. Il metodo adottato è il seguente: l'urina, dopo concentrazione, è trattata con NaOH al 2%. Estrazione eterea; il residuo etereo è idrolizzato con soluzione alcoolica di NaOH; la colesterina è precipitata con la digitonina. Così si otterrebbe la prima frazione: colesterina libera + eteri colesterinici. L'urina, già estratta con etere, viene portata a secco, ed il residuo è per 5-6 ore bollito, in pallone munito di refrigerante a ricadere, con acido acetico glaciale. Diluizione con acqua, alcalinizzazione con NaOH, estrazione eterea. Idrolisi del residuo etereo con soluzione alcoolica di NaOH, precipitazione della colesterina sotto forma di digitonato. Questa seconda frazione, secondo gli AA., rappresenterebbe la colesterina presente nelle urine sotto forma di etere solforico.

Gli AA. avrebbero trovato con tale metodo in tutte le urine normali esaminate, una certa quantità di colesterina, sia nella prima frazione (colesterina + eteri colesterinici), sia nella seconda (etere solforico del colesterolo).

La quantità di colesterina urinaria sarebbe in certo modo parallela al tasso colesterinemico. Negli individui normali le quantità trovate sarebbero di circa mgr. 0.1 % sia per l'una che per l'altra frazione, con una eliminazione giornaliera di circa 4 mgr.

In casi di nefrosi queste cifre sarebbero anche triplicate. In quest'ultimo caso buona parte della

colesterina sarebbe contenuta nell'albumina precipitata dall'urina.

Mi siano consentite alcune osservazioni in proposito:

1) La presenza di piccole quantità di colesterina nell'urina normale era già stata segnalata da Pribram, da Bachmeister e da Gérard, il quale ultimo da 71 litri di urina avrebbe estratto mgr. 11 di colesterina. Lo studio completo dei grassi e dei lipoidi urinari, venne poi fatto da me in una serie di lavori (*Policlinico*, Sez. Prat., 1921; *Ibid.*, 1922; *Arch. di Patol. e Clin. Medica*, 1923; *Atti dell'Accademia Gioienia*, 1923). In tali lavori condotti per chiarire la natura delle emolisine e delle antiemolisine urinarie, ho potuto dimostrare, con analisi quantitative, che l'uomo normale elimina con le urine circa 15 mgr. al giorno di colesterina, sotto forma di etere oleico. Sostanza che venne da me isolata allo stato di purezza dalle urine umane normali, e di cui ho determinata la natura, studiando il punto di fusione, la cristallizzazione, le reazioni caratteristiche ed infine ottenendo con l'idrolisi di tale sostanza, il colesterolo e l'acido oleico. (*Policlinico*, Sez. prat., 1922; *Arch. di Pat. e Clin. Medica*, 1923). Ho anche indagato le variazioni della colesterina nelle urine emesse nelle diverse ore del giorno e i suoi rapporti con la colesterinemia e colesterinuria in alcuni stati patologici (nefriti). (*Atti dell'Accademia Gioienia*, 1923).

2) Il metodo adottato dagli AA. non è privo di errori: non si tien conto dell'estrema difficoltà che s'incontra ad idrolizzare l'etere oleico della colesterina (vedi Bottazzi: *Chim. Fisiol.*). Io ho constatato (*Policlinico*, Sez. prat., 1922) che tale etere resiste anche alla idrolisi con soluzione alcoolica di KOH sotto pressione di 1 atmosfera; tanto che in principio, malgrado i dati delle reazioni ed i caratteri fisici, ho dubitato fortemente della natura eterea della sostanza isolata (*Policlinico*, Sez. prat., 1922). Ho ottenuto l'idrolisi solo dopo una lunga ebollizione con alcoolato di sodio. (*Arch. di Pat. e Clin. Med.*, 1923). Ciò che gli AA. ricavano dalla seconda frazione, non è altro che colesterina, residuata dalla prima incompleta estrazione. Si comprende anche facilmente come essi abbiano ottenuto valori inferiori ai miei: con la digitonina non hanno precipitato che solo la porzione idrolizzata dell'etere colesterinico, mentre la massima parte dell'oleato di colesterina, lasciato intatto dall'insufficiente idrolisi, è rimasto in soluzione alcoolica. L'aumento della colesterina nelle urine in alcune forme di nefrosi è cosa nota, ed io mi ci sono soffermato per l'interpretazione di un aspetto speciale che assume l'indice antiemolitico urinario in questi casi. (*Patologica*, 1924; *Sicilia Sanitaria*, 1924). La constatazione che gli AA. fanno della presenza di notevole quantità di colesterina nel coagulo dell'albumina precipitata dalle urine nefrotiche, è un fatto assolutamente banale, non trattandosi che di un fenomeno del tutto costante di occlusione nel precipitato. Riguardo alla pretesa presenza dell'etere solforico del colosterolo nelle urine, esprimo molte riserbe: anche se nel metodo non vi fossero i gravi difetti menzionati, gli AA. non avrebbero data alcuna prova della esistenza di tale sostanza nelle urine. Per fare tale asserzione, sarebbe necessario l'isolamento della sostanza e lo studio dei caratteri chimici e fisici dei prodotti d'idrolisi di essa.

3) Gli AA. non citano molto a proposito il Grunke. Questi si è occupato di ricercare se in alcuni casi di alterato ricambio colesterinico, senza lesione renale e senza colesterinuria nel senso clinico della parola (cristalli nel sedimento urinario), fosse dimostrabile nelle urine la presenza di colesterina. A tale scopo ha adottato una sua modificazione del metodo di Autenrieth e Funk. Con siffatta tecnica, su cui mi sia permesso di fare le più ampie riserbe (1), avrebbe trovato notevoli quantità di colesterina urinaria in un caso di ittero da stasi ed in un caso di diabete. Grunke non ha trovato parallelismo fra ipercolesterinemia ed entità di colesterinuria. Anch'io, occupandomi di tale questione nei nefritici, mi sono espresso in questo senso (*Atti dell'Acc. Gioienia*, 1923). Facendo astrazione di quei casi, in cui la colesterina urinaria rappresenta un prodotto della degenerazione del parenchima renale, mi è sembrato che la escrezione urinaria della colesterina, più che con la colesterinemia, sia in rapporto con il rapporto lipoideo del sangue:

$$\frac{\text{Colesterina totale}}{\text{acidi grassi liberi}}.$$

Ho riportato dei casi di nefrosclerosi senza colesterina nell'urina, mentre nel sangue vi era

(1) L'A. dopo saponificazione, evidentemente incompleta per le ragioni su esposte, precipita la colesterina da un volume di 500 cmc. per mezzo del Ca $(OH)_2$. Egli asserisce che nel precipitato verrebbe meccanicamente acclusa tutta la colesterina dispersa nel liquido (!). Discioglie il precipitato in HCl. e procede all'estrazione cloroformica. Dopo alcune manipolazioni per riparare all'intorbidamento del cloroformio ed alla tinta che esso assume a causa dei pigmenti urinari, determina colorimetricamente la colesterina.

A parte gli evidentissimi difetti del metodo di saponificazione e di estrazione, il metodo colorimetrico non può dimostrare gli eteri colesterinici (specialmente l'oleato), che hanno reazioni cromatiche del tutto differenti dalla colesterina, (v. Condorelli: *Policlinico*, Sez. prat., 1922, ed Arch. di Pat. e Clin. Medica, 1923).

ipercolesterinemia modica, con rapporto lipoideo basso. A tale proposito ho fatto anzi la distinzione tra ipercolesterinemia passiva (per es: ittero da stasi — ipercolesterinemia specialmente a carico della colesterina libera) e ipercolesterinemia attiva (reazione antitossica dell'organismo — ipercolesterinemia specialmente a carico degli eteri; es. nefriti). In questo secondo gruppo di casi, secondo me, l'eliminazione urinaria della colesterina non sarebbe in rapporto con la colesterinemia, ma piuttosto con il rapporto lipoideo.

4) Con lo studio dell'indice antiemolitico urinario, la questione dei lipoidi urinari è stata largamente studiata in Italia, oltre che da me, da numerosi altri autori (Scalas, Siligato, Bruggi, Sala, Caltabiano, Fornaci, ecc.).

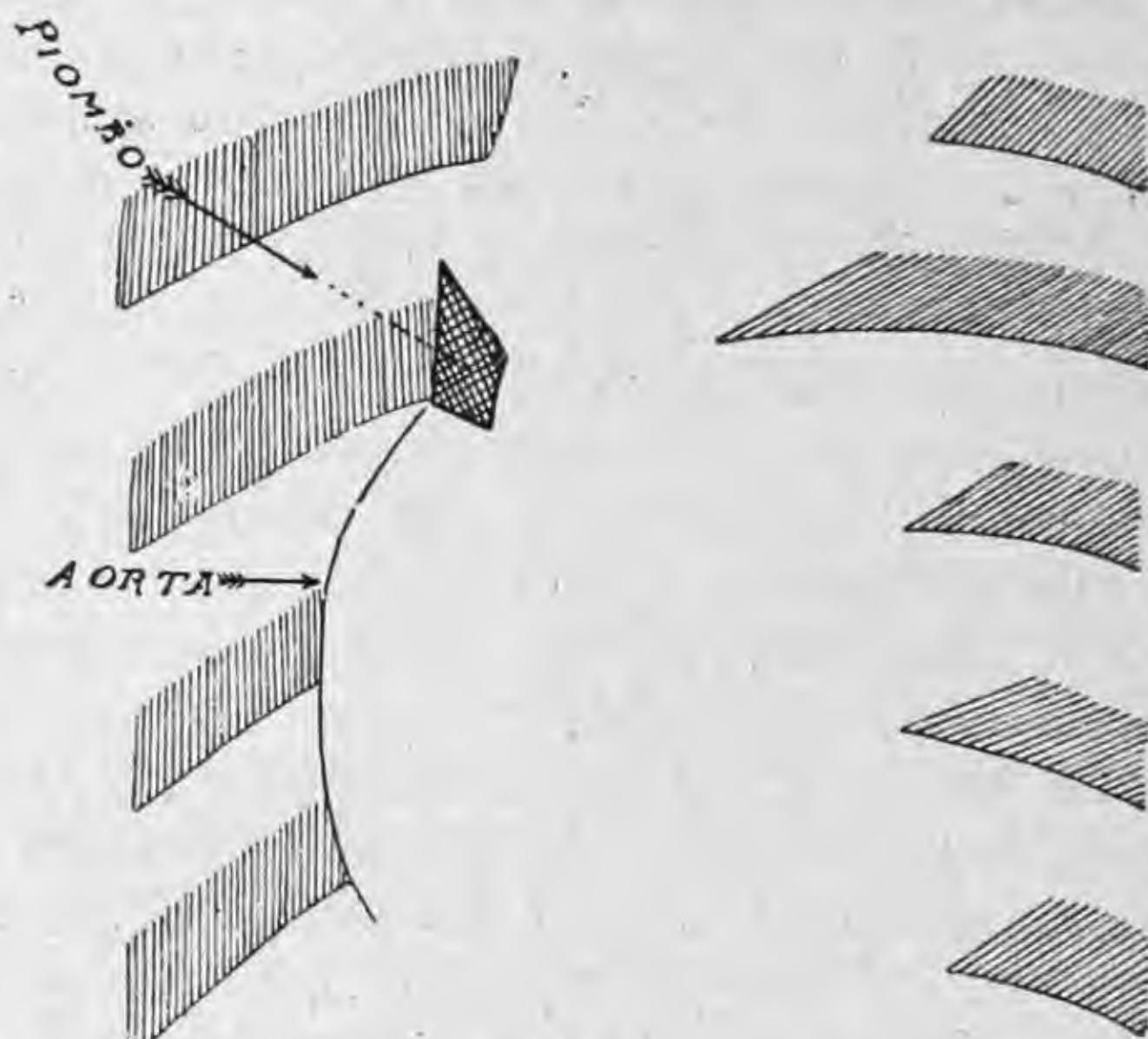
Gardner e Gainsborangh mostrano di non conoscere la letteratura italiana sull'argomento.

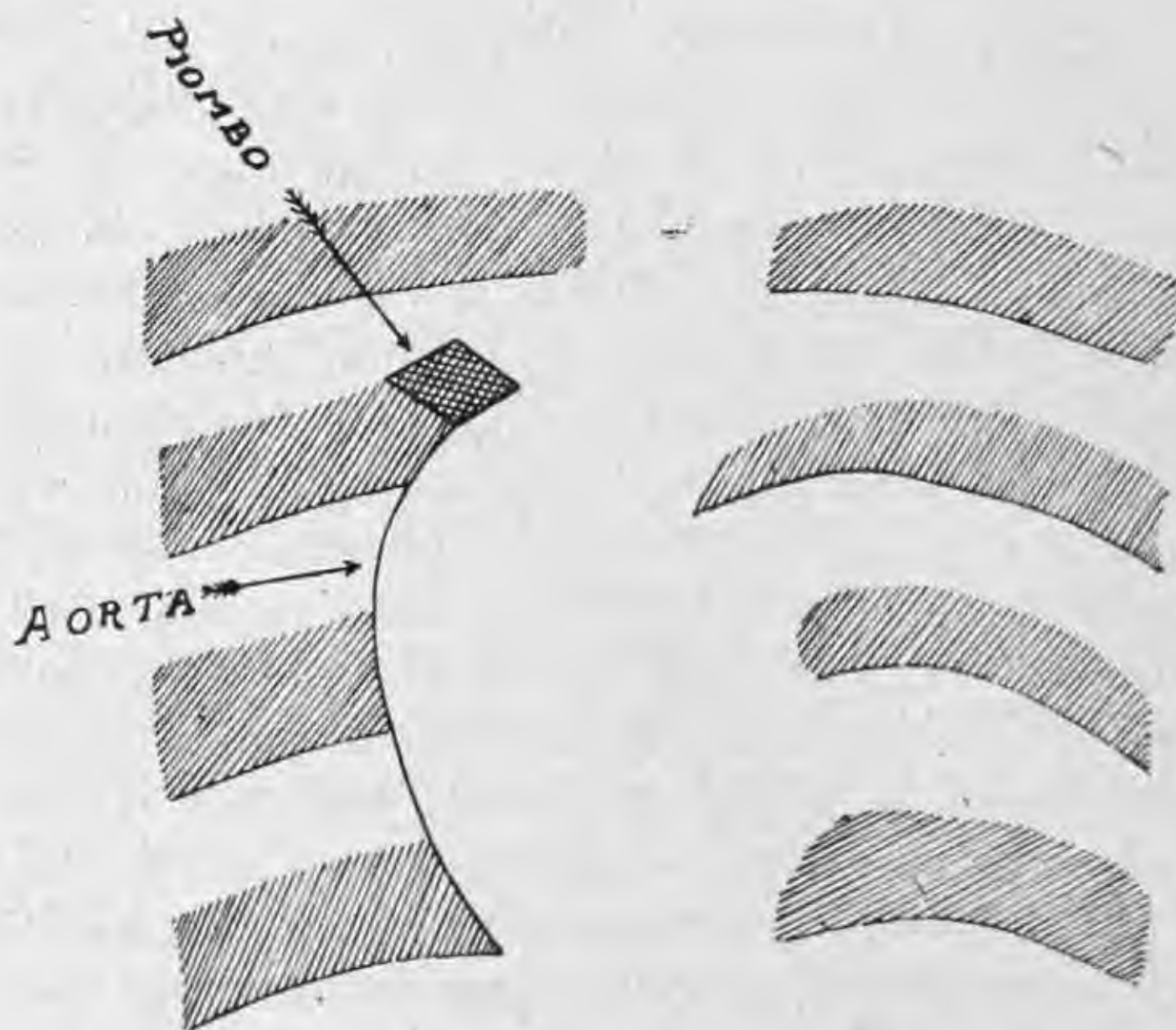
A parte le considerazioni sopra esposte, il lavoro americano conferma le mie ricerche.

DALLA PRATICA CORRENTE.

La percussione dorsale nell'ectasia aortica.

Dott. GIOVANNI FABJ.

Fin dal 1911 io pubblicai un modesto lavoro in cui volli provare come fosse più facile e concludente quello di indagare per mezzo della percussione il volume o meglio la dilatazione dell'aorta, ricercandone l'arco, e misurandone la sporgenza *sulla paravertebrale sinistra*, all'altezza della terza costola. Infatti, come in quel lavoro significai, la dilatazione o meno dell'arco aortico, si precisa e si può dermografare esattamente sotto la forma di una mezza luna. Quel lavoro io mi limitai di mandarlo ad alcuni Colleghi amici e a Professori, non azzardando di mandarlo ai giornali medici, per timore di non dire cosa nuova, e per cui, tanto i Colleghi come i Professori invitai a volere verificare se altri avesse ottenuto lo stesso reperto. Or son passati tredici anni ed io non ho fatto altro che ripetere lo esperimento, confortandolo con delle radiografie, che eseguivo in posizione fronto dorsale, dopo avere apposto una o più lastrine di piombo nel punto in cui, discendendo dall'alto al basso, lungo la paravertebrale sinistra, e con leggera percussione, la ottusità si rivelava: un altro, anche, dove la ottusità scompariva; dal centro poi di questa linea, percotendo e andando all'esterno ne mettevo un terzo, nel punto in cui scompariva la ottusità. Riunendo con delle curve i tre punti si aveva appunto la forma semilunare suddetta, e che non poteva essere altro che l'aorta. La radioscopia e la radiografia ha sempre confermato il reperto. Ora, non per spirito di priorità, ma solo per aggiungere un obolo a beneficio dei medici condotti, che sono senza risorse, mi sono determinato a farne pubblica ragione, aggiungendo questa breve nota all'opuscoletto in cui accennavo di avere comunicato fin dal 1911, questa mia indagine ai

Ricalco grafico della lastra — Rad. N. 1.

professori Andrea Ferrannini, proff. Gallerani e Pacinotti, che presenziarono anche delle operazioni radiologiche in quell'anno, in Macerata, fin dal 1907.

Ricalco grafico della lastra — Rad N. 2.

Ora, per quanto io possa, data la mia disgraziata condizione di medico condotto in alpestre paese, compulsare qualche autore e pubblicazioni moderne, non mi fu dato svelarne alcuno, che avesse prima di me concluso sulla preferenza del metodo posteriore, al metodo anteriore, fino ad oggi, tenuto come scolastico, mentre, quasi tutti sfiduciano il metodo posteriore come poco concludente, sia per le maggiori masse muscolari, sia

per preconcetto, seguendo il Roncati che dice che tale percussione è come se uno volesse distinguere con essa l'acqua comune dall'acqua distillata, volendo cioè differenziare con la percussione posteriore le due parti destra o sinistra, ciò che io invece m'imposi dimostrare inesatto.

Tuttavia ho potuto vedere che il Signorelli, solamente, ha tentato la percussione posteriore, ma non nel senso che io stabilisco, ossia patologico, ma solo in senso anatomico, dicendo che dalla 2ª alla 3ª vertebra dorsale, l'ottusità parla per l'esistenza dell'aorta, in quel punto, e non si esprime, come io affermo, nè fà rilevare, la importanza che ha la dermografia della mezza luna sporgente più o meno dalla linea centrale spinale; ciò che potrebbe misurare un difetto, relativo ad un ingrandimento o spostamento dell'arco. Di più egli fa la percussione sulle vertebre, per cui non può svelare ciò che invece si rileva percuotendo sulla para vertebrale, come io ho creduto di fare, concludendo come sopra ho detto, infallantemente, potendosi fare così un concetto di tutta l'aorta dalla più o meno grandezza rilevata dalla figura semilunare, appartenente all'arco.

Con questa breve nota io credo di avere messo a posto una indagine che in un soggetto giovane scopre il premonitorium arteriosclerotico o luetico, o anche ipertensivo, aneurismatico, quando specialmente si presenti con i sintomi del Minervini, ecc., mentre con gli altri metodi, principale quello del mio Maestro Baccelli, che divideva in tre parti eguali la figura percussoria, anteriormente, del fascio vascolare, non poteva affermarsi quale fosse dilatata, la Cava, la Polmonare o l'Aorta (?) e fino a poco tempo addietro non si cambiò il dottrinale, come pure può vedersi in un lavoro dell'Hubert, recensito dal *Policlinico*, Sez. prat., fasc. 11 del 1920.

Camugnano (Bologna).

DISCUSSIONI IMPORTANTI.

Il morbo di Hodgkin nell'uomo e negli animali.

(*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, marzo 1926).

Sir HUMPHRY ROLLESTON. — La nomenclatura di questa malattia si presta ad una certa confusione ed è per questo che è difficile decidere se essa sia in aumento; in realtà sembra che attualmente essa sia più frequente che per l'innanzi. I sinonimi sono: linfogranuloma di Hodgkin, linfadenoma, linfogranulomatosi e granulomatosi maligna.

La causa ne è ignota sicchè per la definizione e la diagnosi del morbo di Hodgkin ci si deve basare essenzialmente sui caratteri istologici tanto più che i criteri clinici e terapeutici sono fallaci. Le alterazioni istologiche, descritte quasi contemporaneamente da Andrewes e Reed nel 1902 sono: 1) alterazione diffusa dell'architettura generale della ghiandola; 2) diminuzione del numero dei linfociti; 3) iperplasia endoteliale; 4) talvolta marcata eosinofilia; 5) presenza di cellule linfadenomatose. Le modificazioni del sangue non sono patognomoniche; vi è spesso nei primi stadi leucopenia e, quando la malattia è diffusa, leucocitosi polinucleare; in qualche raro caso, spiccata eosinofilia.

Anche la biopsia offre dei criteri talora fallaci poichè, sebbene vi sia in qualche punto il linfadenoma, la ghiandola escisa può mostrare soltanto un'iperplasia linfoide indefinita dovuta ad infiammazione semplice o compensatoria della distruzione di altre ghiandole. Comunque però le biopsie nel morbo di Hodgkin danno risultati positivi più spesso che nei casi che poi si dimostrano come linfosarcoma.

Per quanto riguarda la natura, tre teorie si contendono il campo: 1) che si tratti di un neoplasma; 2) che sia una forma di transizione fra neoplasma e neoformazione infiammatoria; 3) che sia, ciò che sembra più probabile, un granuloma infettivo di cui però, nonostante siano stati incolpati diversi microorganismi, non si è ancora trovata la causa.

Si ritiene che la localizzazione primaria sia alle ghiandole cervicali; ma si osserva però che non è dimostrato che le ghiandole che si palpano per le prime siano le prime realmente affette. Symmers, p. es., ammette che la malattia abbia il suo inizio nelle ghiandole addominali o toraciche; l'accertare quali siano realmente le ghiandole in cui si inizia il processo avrebbe importanza pratica per il trattamento ai raggi X. Una caratteristica importante del morbo di Hodgkin è quella che,

nonostante la sua spiccata predilezione per il tessuto linfoide, quello del canale alimentare resta risparmiato.

Mancano prove che dimostrino la possibilità di trasmettere la malattia agli animali; sembra che le cavie reagiscano all'inoculazione di tessuti linfadenomatosi con la produzione di noduli locali e transitori che, istologicamente, sono di natura infiammatoria. Le osservazioni fin qui fatte di morbo di Hodgkin in animali sono state essenzialmente basate su fatti clinici e manca alla maggior parte di esse la prova istologica.

La maggior difficoltà nella *diagnosi* riguarda i così detti sarcomi primari del tessuto linfoide: linfosarcoma, linfocitoma maligno ed endotelioma; spesso la diagnosi non si fa che con l'esclsione della ghiandola.

Il morbo di Hodgkin può essere simulato da ghiandole cervicali e sopraciavicolari secondarie a tumore latente del mediastino e dell'esofago. Anche l'ipernefroma primario maligno della ghiandola surrenale sinistra o del rene, preso come una milza ipertrofica, può dare ghiandole secondarie cervicali.

Vi sono poi molti ingrossamenti cronici di carattere iperplastico od infiammatorio di origine indeterminata che sono considerati come morbo di Hodgkin in cui il dubbio sorge soltanto quando la biopsia o la necroscopia sconvonge l'opinione clinica. Tali formazioni possono essere tossiche o dovute ad infezione leggera; l'O. ne ha osservato un caso in un individuo con infezione cronica da coli dell'apparecchio urinario.

I casi descritti come monucleosi infettiva o come febbre ghiandolare hanno decorso acuto e non implicano quindi difficoltà nella diagnosi.

Le forme tubercolari che possono dare confusione col morbo di Hodgkin sono: 1) le ghiandole tubercolari al collo specialmente se mostrano iperplasia a cellule grandi senza necrosi o caseificazione; 2) l'adenite tubercolare generalizzata che può essere accompagnata da febbre ricorrente (sindrome di Pel-Ebstein); in essa però l'assenza dell'ipertrofia splenica che si ha nel 75 % dei casi è di notevole aiuto per la diagnosi; 3) la condizione poco o punto accettata in Inghilterra, denominata adenolipomatosi in cui si ha neoformazione grassosa attorno alle ghiandole linfatiche che possono essere tubercolari od una malattia descritta come tale.

G. H. WOODLDRIDGE. — *Negli animali* il morbo di Hodgkin, sembra raro eccetto che nel cane. La distribuzione nell'organismo e i caratteri istologici depongono contro l'opinione che si tratti di neoplasma. Probabilmente si tratta invece di un processo infettivo dato da un microrganismo a bassa virulenza; esso è tuttora sconosciuto, ma si può escludere che sia il bacillo tubercolare.

Nella maggior parte dei casi il quadro clinico di ciò che si considera come morbo di Hodgkin nei cani è del tutto caratteristico. Sfuggono di solito gli stadi iniziali data la natura insidiosa della malattia; sembra che in essi vi sia una leggera faringite con tosse secca e lievi aumenti di temperatura di 1°-2°. Le ghiandole linfatiche faringee (cervicali superiori) sono ingrossate e dolenti. In seguito altre ghiandole mostrano gli stessi fenomeni. L'appetito si mantiene buono fino a malattia avanzata, ma vi è perdita di peso. Di solito però tale stadio sfugge e, quando si vede l'animale si trovano le ghiandole ingrossate fino al volume di una noce o di un uovo; vi è marcata perdita di forze ed il cane si rifiuta di uscire a passeggio col padrone. Ogni eccitazione od esercizio producono parossismi di tosse, dovuti a debolezza cardiaca che diventa sempre più grave e dà spesso degli svenimenti. Manca ogni segno di faringite; la milza è ipertrofica e può arrivare alla regione iliaca sinistra. Raramente sono prese le ghiandole addominali; quelle superficiali sono dure ed hanno perduta la dolorabilità dei primi tempi; prima della morte si ha un rammollimento. Il decorso raramente supera i 2-3 mesi.

Il sangue non mostra modificazioni apprezzabili nè nel numero nè nella specie dei leucociti. La milza è di consistenza normale e non mostra alcuna alterazione istologica. Nelle ghiandole ipertrofiche non si nota che un'iperplasia linfoide e mancano del tutto le modificazioni che caratterizzano tale malattia nell'uomo.

Assai rare sono le guarigioni e soltanto in cani di 12-18 mesi. L'escisione è del tutto inutile in considerazione della notevole diffusione dell'ipertrofia. È consigliabile di evitare ogni esercizio eccessivo, di dare una dieta ad alto contenuto nutritivo (carni crude, uova, latte) e come medicinali la soluzione di Donovan (a base di arsenico e di ioduro di mercurio) aggiungendovi dell'olio di merluzzo, dell'estratto di malto e lo sciroppo composto di fosfati; la debolezza cardiaca si combatte con la digitale e la scilla.

Nel bestiame bovino, l'O. ha osservato una sola volta in un toro una malattia che sospettò essere il morbo di Hodgkin; non venne fatto esame ematologico; la prova alla tubercolina era negativa. Fu prescritto un trattamento come quello sopra indicato e l'animale si rimise.

Nelle pecore si ha una linfadenite diffusa,

spesso simmetrica e bilaterale, nota sotto il nome di linfadenite caseosa e dovuta ad un bacillo gram-positivo difteroide (bac. di Preisz-Nocard). La condizione si riscontra di solito all'ispezione delle carni e sembra che non dia importanti sintomi in vita. In nessuno degli stadi si avrebbe rassomiglianza con il morbo di Hodgkin; del resto la presenza del bacillo assicura la diagnosi.

H. MORLEY FLETCHER. — Sulla natura della malattia l'O. osserva che molti fatti depongono per l'origine infettiva, probabilmente spirochetica. Per quanto riguarda i rapporti del morbo di H. con i tumori maligni è un fatto che i tessuti linfoadenomatosi diventano occasionalmente sarcomatosi, ma non si sa se le modificazioni abbiano origine nella ghiandola affetta o nel tessuto di sostegno.

Manifestazioni cutanee. Il prurito può essere assai grave e viene di solito considerato come una complicazione comune; in verità l'O. non ha mai avuto occasione di osservarlo. Non sembra che esso abbia alcun rapporto nè con l'eosinofilia nè con il trattamento arsenicale. L'O. ha inoltre osservato delle eruzioni estese di porpora in casi indubbi di morbo di H. In tali casi, si può ad ogni modo escludere sempre la leucemia. L'eruzione può essere dovuta ad infezione secondaria oppure può essere associata a grave anemia del tipo secondario che si osserva negli ultimi stadi della malattia.

Variazioni di temperatura. Il più spesso si ha piressia irregolare di varia gravezza, dovuta forse all'assorbimento dei prodotti di necrosi; in tali casi si deve tener presente la possibilità che vi si associ la tubercolosi che può essere considerata come una complicazione abbastanza comune. Vi è inoltre un'altra forma di piressia del tipo di Pel-Ebstein che si manifesta come febbre periodica. In generale l'O. ha trovato in questi casi una certa leucocitosi (10-12,000) polinucleare.

In altri casi poi si nota che la temperatura massima non è elevata arrivando tutt'al più qualche volta a 37°.2-37°.5. Ma però se si tien conto anche della temperatura minima si osserva che vi è una certa periodicità nell'andamento della curva.

Tipi clinici. La forma addominale presenta caratteri di maggiore interesse che non quella toracica o cervicale. Essa è per lo più latente, le ghiandole esterne non sono palpabili e la milza appare non ipertrofica. La curva della temperatura che mostri una decisa tendenza al tipo ricorrente aiuterà in tali casi la diagnosi.

Per quanto riguarda il trattamento i migliori risultati si ottengono con i raggi X e l'arsenico sebbene si debba riconoscere che finora non si è ottenuta ancora una guarigione permanente. L'O. non ha ottenuto buoni risultati con l'antimonio.

LESLIE PUGH. — Negli animali la diagnosi deve considerare, oltre al morbo di H., la leucemia, la tubercolosi ed i tumori maligni; in tutti i casi si tratta di malattie a cattiva prognosi e non si dà mai il consiglio di escidere la ghiandola per l'esame. L'O. ha osservato animali con ingrossamento di tutte le ghiandole superficiali (dure ed elastiche) senza modificazioni leucemiche del sangue, ma non ha potuto eliminare la possibilità che si trattasse di leucemia aleucemica, di tubercolosi o di tumori maligni. Non ha mai osservato la sindrome di Pel-Ebstein, quale viene riferita da altri; a tale proposito fa rilevare la possibilità che tali cambiamenti di temperatura sfuggano negli animali per i quali non si ha certo un infermiere che continui per lungo tempo a prendere la temperatura al mattino ed alla sera.

Le malattie analoghe al morbo di H. descritte nei polli non hanno le caratteristiche istologiche di questo.

Da un punto di vista clinico, tutte queste malattie degli animali con decisa compartecipazione del sistema reticolo-endoteliale sembrano di origine infettiva.

J. STEWART. — I tentativi fatti dall'O. unitamente a Dobson per riprodurre il morbo di H. nelle scimmie hanno dato risultati ripetutamente negativi. Comunque si possa considerare il morbo di H. al suo inizio, e sotto molti aspetti esso va ritenuto un granuloma, è un fatto che negli stadi avanzati esso si comporta come un neoplasma. Lo sviluppo delle caratteristiche di malignità è però limitato a certe regioni anche se la malattia originale è diffusa. Tali modificazioni maligne vanno considerate come una parte della storia naturale della malattia e, sotto tale punto di vista, esso può ritenersi simile al granuloma fungoide in cui però la modificazione maligna è sempre la regola.

La diagnosi può essere fatta con certezza solo mediante la escisione della ghiandola sebbene anche questa possa dare risultati non conclusivi, specialmente nei primi stadi. Oltre ai reperti negativi le maggiori difficoltà diagnostiche sono con la tubercolosi, particolarmente nelle forme con scarsa tendenza alla caseificazione.

Le modificazioni del sangue nel linfadenoma sono così lievi e variabili specialmente nei primi

stadi che sono di poco o punto aiuto nella diagnosi. L'eosinofilia locale che si trova frequentemente nella ghiandola è solo occasionalmente accompagnata da eosinofilia sanguigna. In questa, come in altre condizioni associate con lenta disgregazione dei tessuti (sarcoma e carcinoma, emotorace ed emartro, ulcera gastrica, ecc.) l'eosinofilia è probabilmente dovuta alla presenza nei tessuti affetti di prodotti abnormi di degradazione proteica ed è senza significato in rapporto con possibili protozoi od altri parassiti.

W. H. ANDREWS. — Vi è una certa confusione nelle osservazioni fatte dai veterinari e che si possono ascrivere a quadri analoghi al morbo di H. In alcune però si può escludere che si trattasse di altre malattie e si è osservata nelle ghiandole affette una iperplasia generale del tessuto linfoide con tendenza del reticolo connettivo a scomparire. Quando però si ritenesse che i caratteri segnati da Andrewes e Reed fossero caratteristici del morbo di H. e si dovessero riscontrare in tutti i casi, si dovrebbe concludere che esso non esiste negli animali. La sua presenza negli animali non può però venire esclusa come non può ammettersi fino a che non si abbiano prove convincenti nei due sensi. Forse il criterio puramente istologico non è del tutto sicuro trattandosi di animali di specie tanto diverse. Basti pensare al diverso modo di reagire p. es. dei cani e cavalli in confronto dei bovini al tripanosoma; i primi hanno una malattia acuta che li porta a morte in poche settimane, i secondi invece hanno una malattia cronica che dura per degli anni. La differenziazione delle diverse malattie che colpiscono il sistema linfadenoide ed il confronto fra quelle che si trovano nelle diverse specie non potrà farsi che quando avremo una migliore conoscenza della loro eziologia.

M. H. GORDON. — Ha fatto alcune esperienze per chiarire l'eziologia del linfadenoma ricercando con diversi metodi colturali le spirochete, ma le sue ricerche possono dirsi negative. Egli però ritiene che si deve perseverare su questa strada e fare tentativi di colture anaerobiche per la ricerca delle spirochete.

In complesso, come risulta anche dalle conclusioni di H. THURSFIELD, presidente dell'Assemblea che ha sintetizzato le opinioni dei diversi oratori, la discussione ha dimostrato che la malattia chiamata linfadenoma negli animali è in certo modo differente dal linfadenoma dell'uomo.

FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

MESENTERE.

La tubercolosi primitiva delle ghiandole mesenteriche.

(MOREAU e JEANNEL. *Archive franco-belge de Chirugie*, 16 ottobre 1924).

Gli AA. riferiscono un caso di tubercolosi primitiva delle ghiandole linfatiche del mesenterio senza alcuna lesione tubercolare dell'intestino, dell'omento e del peritoneo.

Si trattava di una giovane donna operata con diagnosi di tumore retroperitoneale in cui la storia datava appena da due mesi e consisteva in dolori localizzati alla fossa iliaca di destra, costipazione notevole cui successe la comparsa di una tumefazione nella stessa regione della grandezza di un pugno, aderente alla regione profonda dell'addome, poco mobile, indipendente dagli organi genitali ed indipendente, come fu osservato radiologicamente, dall'intestino e dal rene.

All'operazione si constatò che la tumefazione risiedeva in corrispondenza della porzione terminale del mesenterio, era costituita da noduli conglomerati di volume vario, e che si trattava di una tubercolosi delle ghiandole del gruppo ileo cecale. L'appendice era libera, un po' ispessita; l'ultima ansa del tenue normale. Si cercò di asportare il tumore cercando un piano di clivaggio, tra i due foglietti del mesenterio, poi vista l'impossibilità di asportare le ghiandole per via smussa si resecò la porzione di mesenterio in cui esse erano impiantate; però avendo constatato che l'ansa dell'ileo nella sua porzione terminale assumeva una tinta violacea, temendosi lo sfacelo per necrosi, si resecò anche l'ansa stessa asportandone per una estensione di circa 50 cm. dalla inserzione ileo cecale.

L'esame istologico dimostrò che si trattava di una tubercolosi dei gangli ileo cecali che si dimostrarono pieni di tubercoli giovani, di cellule giganti, con numerosi bacilli tubercolari. Però l'ansa intestinale resecata non presentava alcuna lesione tubercolare, nè le sezioni di essa e dell'appendice misero in evidenza alterazioni istologiche di natura tubercolare.

Gli AA. riassumono poi 137 casi di tubercolosi primitiva delle ghiandole mesenteriche riferite dai diversi osservatori, in cui la diagnosi fu accertata o confermata in seguito ad interventi operatori. Naturalmente sono esclusi da questa statistica i casi di tubercolosi delle ghiandole mesenteriche in cui coesistevano alterazioni tubercolari dell'intestino dell'epiploon o del peritoneo.

In questi casi la diagnosi preoperatoria esatta era stata fatta solo 26 volte cioè nel 19 %, ed in tutti la diagnosi fu suggerita dalla predominanza del sintomo tumore, localizzato nella massima parte in corrispondenza della fossa iliaca di destra mentre in due casi la tumefazione aveva sede nella regione periombelicale.

In 39 casi invece fu fatta diagnosi di appendicite cioè nel 28 %: appendicite cronica o subacuta nella maggioranza dei casi, mentre in 5 volte era stata fatta diagnosi di appendicite acuta ed in 1 caso di perforazione dell'appendice. Nella maggior parte dei casi diagnosticati come appendiciti mancò all'esame obiettivo il sintomo tumore ed erano piuttosto presenti sintomi addominali locali di dolore e di reazione peritoneale.

In 29 casi fu fatta diagnosi di occlusione intestinale tanto del tenue che del grosso intestino, decorrenti sotto forma di occlusione cronica mentre un caso riportato da Hartuel decorse con fenomeni di occlusione acuta. Nel massimo numero di casi si trattava di briglie tese dal focolaio di infiammazione alla parete e all'epiploon mentre in un caso vi era un valvolo dell'ansa digiunale.

In 7 casi fu fatta diagnosi di tumore intestinale, in due di questi casi la tumefazione era localizzata alla fossa iliaca destra mentre in 5 casi aveva sede periombellicale.

In due casi con tumore a sede epigastrica fu fatta diagnosi di tumore del mesentere, in due di tumore renale destro, in due casi diagnosi di invaginazione intestinale, in sette di peritonite tubercolare ed in un caso di annessite destra.

Tutti questi casi furono operati e si osservò all'operazione tubercolosi delle ghiandole mesenteriche con assenza di lesioni tubercolari dell'intestino.

Gli AA. rilevano che nella grande maggioranza i casi che si presentano al chirurgo simulano la sintomatologia di tumore addominale e per tale forma clinica vengono operati, mentre sfuggono tutte le altre forme di tubercolosi mesenterica primitiva che sono comunemente rilevabili all'autopsia ma che non richiedono alcun intervento.

Per quanto riguarda la sede delle lesioni gli AA. riferiscono i risultati di 60 casi tra quelli precedentemente citati ed illustrati e trovano che la sede più frequente della infiammazione è il gruppo ileo cecale appendicolare, mentre è meno interessato il gruppo mesenterico superiore.

Nel corso degli interventi l'appendice fu resecata in 29 casi. L'esame istologico dimostrò in 21 casi che l'appendice era normale, in 5 lesioni di appendicite cronica, una volta l'appendice era nettamente atrofica e 2 volte aderente ai gangli ileo cecali. In nessun caso furono trovate lesioni tubercolari. Tali cifre di lesioni dell'appendice porterebbero la percentuale di alterazioni dell'appendice nel 16 % dei casi. Gli AA. attribuiscono una importanza notevole alle lesioni dell'appendice nella patogenesi della tubercolosi primitiva delle ghiandole mesenteriche perchè l'appendice può fare passare i bacilli tubercolari senza lasciare delle alterazioni anatomo patologiche, in modo che siano colpite solo le ghiandole linfatiche del gruppo ileo colico.

VIOLATO.

Sulla mesenterite retrattile.

(Prof. R. MOSTI. *La Riforma medica*, 8 febb. 1926).

È una malattia rara, e interessante dal lato etiologico tuttora oscuro. È di natura infiammatoria, colpisce il mesentere in parte o totalmente con esito in sclerosi e retrazione, e conseguenze varie a carico dell'intestino (deviazioni, ripiegature, stenosi). È un'entità morbosa a sè, distinta dalle peritoniti localizzate e dagli esiti di flogosi circoscritte dei visceri. Si distingue in localizzata o diffusa, a seconda che la lesione interessa zone limitate od estese del mesentere.

Sono escluse dal capitolo della mesenterite retrattile, la mesosigmoidite retrattile e la mesenterite della loggia sottomesocolica, in quanto che ritenute esiti di peritoniti plastiche localizzate, derivanti dalla sigmoidite l'una, dall'ulcera duodenale l'altra. Furon descritti 34 casi di mesenterite retrattile, oltre ai seguenti tre dell'autore.

I. Intervento operatorio in donna di anni 49 con diagnosi di occlusione intestinale (stitichezza, dolori all'ipocondrio destro, febbre, vomito) Il cieco, l'ascendente e parte del trasverso, sono notevolmente dilatati. Il trasverso forma una stretta gomitatura ed è disposto per circa 10 cm. a canna di fucile. Si osservano sclerosi e retrazione circoscritte del mesocolon corrispondente. Si incide il meso e lo si sutura in modo da far scomparire l'angolatura. La canalizzazione intestinale si ripristina normalmente.

II. Uomo, anni 51. Si interviene per postumi di appendicectomia (dolori alla fossa iliaca destra, stipsi). L'ileo a 20 cm. dal cieco è ripiegato a canna di fucile per sclerosi e retrazione del corrispondente meso. Inoltre il tratto terminale dell'ileo, aderisce alla parete addominale posteriore. Ileo-colontrasversostomia termino-laterale. Ottimo decorso post-operatorio. Ripristino delle funzioni intestinali.

III. Intervento in uomo di anni 27 con diagnosi di appendicite cronica (resistenza e dolore in corrispondenza della r. ileo-cecale, stipsi ostinata). Il mesentere del tenue aderisce in parte al mesocolon trasverso, stirando in basso l'angolo colico destro e una porzione del trasverso. L'appendice, grossa e lunga, aderisce alla parete cecale. Distacco delle aderenze; distacco dell'appendice e sua asportazione. In seguito all'operazione l'alvo

fu regolare per qualche mese. Ricomparvero però recentemente dolori addominali vaghi e stitichezza.

Etiologia. Si ammettono cause diverse: 1) il Mauclaire parla di una linfangioite secondaria a lesioni intestinali iniziali. È accertata l'esistenza di una mesenterite consecutiva ad appendicite; 2) gli stravasi sanguigni prodottisi, in seguito a traumi, tra i due foglietti mesenterici, possono organizzarsi. All'organizzazione seguirebbe sclerosi e retrazione; 3) sifilide; 4) arteriosclerosi (casi del Tenani); 5) l'ernia strozzata con penetrazione di germi flogogeni nel mesentere; 6) tubercolosi. È la causa più frequente. La localizzazione può essere di origine ematogena, linfogena o direttamente enterica.

Anatomia patologica. È una peritonite cronica, a tipo fibro-sclerotico, ad estensione e localizzazione variabili. La forma circoscritta, predilige l'ultimo tratto dell'ileo (forse per la vicinanza dell'ampolla cecale, ricchissima di germi?).

Sintomatologia. È assai incerta: dolori vaghi, disturbi intestinali non caratteristici, spesso ascite. La diagnosi di mesenterite retrattile, non è mai stata fatta prima dell'intervento operatorio. La prognosi è gravissima nelle forme diffuse, meno grave nelle forme circoscritte, che sono suscettibili di un intervento chirurgico, pur restando sempre riservata, date le scarse conoscenze sull'etiologia e il decorso del male.

L'unica cura è la chirurgica, e cioè la plastica del mesentere nelle lesioni circoscritte, l'esclusione o la resezione dell'intestino danneggiato, nelle lesioni diffuse.

M.

RENE E VIE URINARIE.

Cistite amebica.

(PETZETAKIS e MYLONAS. *Journal d'Urologie*, settembre 1925).

Gli AA. vogliono far risaltare la localizzazione extra-intestinale delle amebe trattando delle lesioni ulcerose nelle cistiti.

Già nel dicembre 1923 il Petzetakis descrisse una cistite amebica mostrando la presenza di questa varietà di rizopode nelle orine, spesso ematuriche, nel corso della dissenteria acuta e cronica, insistendo, con questa sua nota, sulla scomparsa rapida dei fenomeni cistici dopo un trattamento emetinico senz'altra medicazione coadiuvante.

Gli AA. fanno presente le caratteristiche delle lesioni vescicali ulcerose, che, oltre ad essere infirmate dalla presenza delle amebe nelle orine, sono rese evidenti dall'esame cistoscopico.

Tali ulcerazioni, che si rassomigliano a quella dell'intestino nel corso di una dissenteria, sono isolate con margini tagliati a picco, rilevati in frangie e scollati per una certa estensione, con fondo rossastro.

Delle 3 osservazioni che gli AA. riportano, la prima riguarda una cistite amebica pura confermata dalla presenza dell'ameba histolitica nelle orine e due ulcerazioni sul bassofondo e tre altre sulla faccia laterale sinistra all'esame cistoscopico. Una cura massiva di cloridrato di emetina per iniezione ipodermica (ctgr. 8-10 pro die) ha determinato la guarigione definitiva in quarta giornata.

La seconda osservazione si riferisce ad una cistite amebica con presenza di ameba vivente nelle orine e ulcerazione sulla parete sinistra complicata a tubercoli di bilarzia. In settima giornata le lesioni sono scomparse in seguito ad iniezioni endovenose di ctgr. 10 di emetina e di ctgr. 80 di CaCl pro die.

La terza osservazione si riferisce alla medesima lesione con tre ulcerazioni complicata però a numerosi tubercoli di bilarzia. Gli AA. hanno constatato, per quanto il paziente sia stato sottoposto a cura endovenosa di emetina e di CaCl, scomparsa della forma amebica, ma persistenza delle lesioni da bilarzia, fatto questo dovuto probabilmente allo stadio avanzato dell'affezione.

CASSUTO.

La tubercolosi renale dell'infanzia (frequenza, evoluzione e prognosi) paragonata a quella dell'età adulta.

(EMILIE FALCI. *Journal d'Urologie*, n. 4, ottobre 1925).

L'A. riassume gli studi sull'argomento e ricorda come l'Hamburg (1911) sostenga che la tubercolosi è una malattia dell'infanzia e che nel fanciullo le lesioni anatomiche non hanno nè la stessa sede, nè la stessa forma dell'adulto. Durante i primi due anni di vita la tubercolosi ha una grande tendenza a generalizzarsi (forma miliarica) da 2 a 6 anni diviene una infezione dei gangli, articolare o ossea. È certo che la tubercolosi dà nell'infanzia il massimo di mortalità, nell'adulto, invece, il bacillo di Koch incontra una certa resistenza.

Quanto alla frequenza le statistiche dimostrano come l'infanzia presenti il massimo di recettività per l'infezione. Secondo Moro si ha una progressione nella frequenza, che cresce rapidamente con l'età, e più precisamente l'1 % nel primo anno, 9 % nel secondo, 27 % nel terzo 94 % da 9 a 14 anni. Il Sergent ammette che la tubercolosi renale bi-

laterale è più frequente nel fanciullo che nell'adulto. Infatti nei primi anni si ha il 28 % di bilateralità, nell'adulto invece, si ha il 14 e 12 %. L'evoluzione, nei casi bilaterali, è nel fanciullo rapidamente mortale, l'evoluzione dei casi unilaterali operati è anch'essa relativamente grave in quanto che l'A. ha notato 44 % dei decessi post-operatori, 16 % di aggravamento, mentre le guarigioni assolute sono del 24 %. Nell'adulto la tubercolosi renale ha il suo massimo di frequenza dai 19 a 30 anni. L'evoluzione dei casi bilaterali è meno rapida che nel fanciullo ed è meno frequente, poichè le reazioni di difesa sono più attive. L'evoluzione dei casi unilaterali operati è buona, poichè, secondo Hogge, si ha il 46 % di guarigione assoluta. Riassumendo afferma che la tubercolosi renale nel fanciullo è particolarmente grave e tende alla generalizzazione e che i casi unilaterali operati sono di prognosi molto riservate in quanto che le guarigioni assolute ottenute raggiungono appena il 24 % mentre nell'adulto si ha il 56 %. La mortalità post-operatoria, precoce o tardiva, è del 44 %, mentre nell'adulto è del 7 %.

T. LAURENTI.

Un nuovo antisettico urinario: il mercurio-cromo 220.

(R. CLEMENT. *Presse médicale*, n. 12, 1925).

L'A. riassume gli studi fatti in America su questo nuovo antisettico. Fa rilevare anzitutto le proprietà battericide potenti che posseggono alcune sostanze coloranti le quali, inoltre, sono dotate di un grande potere di diffusibilità e di rapida eliminazione tanto che alcune di esse (*bleu di metilene, fenolsulfonftaleina, tetracloroftaleina*) sono usate per controllare il potere funzionale di alcuni organi di eliminazione.

Tutte queste proprietà fanno sì che dette sostanze coloranti si possono usare come antisettici generali urinari e molti di essi furono largamente usati in Germania ed in America. (*Violetto di genziana, trifenilmetano, acriflavina, tripoflavina*, ecc.).

L'ultimo adoperato è il *mercurio-cromo* di *Young;* è un *sale di soda* del *dibromoximercuriofluorescina* e contiene il 26 % *di mercurio.*

Nella soluzione di 1/5000 uccide lo stafilococco aureo in 5 minuti ed il colibacillo in 15; nelle soluzioni di 1/6000 (che è la soluzione ottenuta con le dosi usuali adoperata per iniezioni endovenosa) uccide, in un'ora, lo streptococco. Nella soluzione di 5 milligrammi per kg. di peso del corpo, dopo iniezione endovenosa nel coniglio, non si riscontrano modificazioni nel numero e nell'aspetto delle emazie e dei leucociti. Non vi è emolisi e non si riscontra nulla di patologico nelle urine. Anche nella dose di 7 milligrammi non si è riscontrato nulla di anormale.

Negli animali l'uso del mercurio-cromo ha permesso di sterilizzare il sangue, in 5 ore, in condizioni setticemiche; per le infezioni locali occorre più tempo. In un coniglio normale dopo l'iniezione endovenosa l'urina diviene battericida o fortemente inibitrice per il colibacillo, specie nelle prime 5 ore. Quest'azione inibitrice non è punto in rapporto con la dose iniettata, infatti con le forti dosi l'eliminazione è più intestinale che renale.

Il mercurio-cromo si usa per via *endovenosa, uretrale, orale.*

1) *Via endovenosa.* La dose usata nell'uomo è di 5 mm. per kgr. di peso del corpo, e cioè da 25-30 cmc. di soluzione al 3 % per un adulto di medio peso. Con dosi più forti 6-8 mm. per kgr.: Young e Hill hanno riscontrato nausea, accentuata albuminuria transitoria e turbe intestinali (diarrea).

Dosi più lievi 2-3 mm. per kgr. sono state usate specie nelle infezioni urinarie.

Tecnica: soluzione all'1 % nell'acqua distillata e filtrata (non è necessaria l'ebollizione, essendovi autosterilizzazione). Spesso basta una sola iniezione, altrimenti se ne pratica una seconda il giorno dopo o dopo 2 giorni. Si rileva costantemente reazione dopo un'ora; brividi, temperatura, scialorrea, turbe intestinali, la temperatura cade per crisi o per lisi.

Il *mercurio-cromo* è stato adoperato in svariate affezioni: setticemia da stafilococco, da streptococco, infezioni polmonari; ma il vantaggio maggiore si è avuto nelle affezioni delle vie urinarie, determinata dallo stafilococco o dal colibacillo.

Nel 1924, Young, riferisce sulla guarigione ottenuta con una sola iniezione endovenosa in un ascesso perinefritico da colibacillo. Hill e Young (1924) ricordano molti casi in cui il risultato della cura fu ottimo: una setticemia da colibacilli con emocultura positiva, pielonefrite bilaterale, gravi condizioni generali, guarì completamente dopo una sola iniezione.

In altri casi di pielite e di cistite il risultato fu notevole. Witmann (1924) si è servito del mercurocromo nei blenorragici cronici. In 10 casi nei quali l'uretrite durava da 2 a 6 mesi, furono praticate da 2 a 10 iniezioni endovenose. In 8 si ebbe guarigione completa.

2) *Via uretrale.* Valère-Marselos (*Grèce médicale*, 1924, n. 3) fa rilevare come il mercurio-cromo può usarsi per iniezioni e per instillazioni. Previa disinfezione con acqua sterile o soluzione fisiologica si iniettano 15 cmc. di soluzione; tale iniezione può ripetersi 4-5 volte al giorno.

Per praticare le istillazioni, dopo aver lavato la vescica, si iniettano nell'uretra posteriore o nella vescica da 15 a 20 gocce della soluzione di mercuro-cromo a 0..50 %, a 1 % o 1.50 %.

Si possono anche fare lavaggi endovescicali caldi con soluzione da 0.50 a 1 %.

Nelle forme acute e subacute di blenorragia spesso si ha la scomparsa del gonococco.

Marsilos ha ottenuto guarigioni in casi di vaginite gonococcica usando un tampone imbibito di una soluzione di glicerina e mercurio-cromo al 3 %.

3) *Via orale.* Tale via è stata preconizzata da Scott, Young e Hill, (1924). Il mercuro-cromo si somministra in pillole, mescolato con il salolo alla dose di 900 milligrammi al giorno. Il salolo impedisce l'assorbimento gastrico. Il rimedio può usarsi fino a 8 giorni di seguito.

Non si notano turbe intestinali; le feci si presentano rossastre. Se la cura è prolungata si possono avere inappetenza, stomatite, albuminuria, lievi diarree.

L'esame batteriologico delle feci fa notare diminuzione accentuata dei batteri.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

MOHR L. e STAEHELIN R. *Handbuch der inneren Medizin.* III. vol., II. p.; *Erkrankungen der Verdauungsorgane.* Berlin. Springer 1926, II. Auflage. Mk. 48.

Continua la pubblicazione della 2ª edizione del testo tedesco del Trattato del Mohr e Staehelin, e nel volume uscito nei primi mesi del corrente anno e che costituisce la 2ª parte del III volume sono trattate le malattie dell'apparato digerente, a complemento della 1ª parte non ancora pubblicata.

In questo volume trovano posto le malattie del fegato, delle vie biliari, del pancreas svolte dall'Umber di Berlino, le malattie dell'intestino trattate dallo Seiler di Berna, per quanto si riferisce alla diagnostica ed alla terapia, dallo Strasburger di Francoforte per quanto concerne le singole affezioni dell'intestino comprese quelle dovute a protozoi e a vermi. Da ultimo sono svolte per opera pure dello Strasburger le malattie del peritoneo.

Il Trattato del Mohr e Staehelin è ampiamente diffuso e conosciuto nella sua traduzione italiana da tutti gli studiosi di medicina ed ogni commento risulta più che superfluo.

TRENTI.

E. MAYERHOFER e C. PIRQUET. *Lexicon der Ernährungskunde.* III e IV puntata. J. Springer, ed. Vienna, 1926. Prezzo rispettivo: Marchi 12 e 12.50.

In queste due puntate che vanno da « Geflügeldünger » a « Rubenkraut » continua lo stesso svolgimento delle puntate precedenti di questo trattato veramente completo della scienza dell'alimentazione. In esso non si trovano soltanto nozioni d'indole medica ed igienica, ma tutto quanto si può riferire all'alimentazione e quindi anche notizie zoologiche, botaniche, chimiche, agrarie e persino archeologiche.

Fra gli svariati capitoli di queste due puntate citiamo quelli sulla dieta nelle malattie renali, sul Gelidusi (Sistema di Pirquet), sui rapporti fra funzioni sessuali e nutrizione ed un curioso articolo sull'antropofagia. *fil*

A. MOLL-WEISS. *Cuisine rationelle des bien portants et des malades.* Un vol. in-16° di 452 pag., con fig. Delagrave, ed. Parigi, 1925.

Libro eminentemente pratico, ricco di dati e di utili consigli per la preparazione sia di gustosi manicaretti per i buongustai, sia di alimenti adatti per i malati, con l'indicazione dei diversi regimi. Pur non trascurando gli accenni scientifici, il libro è redatto in modo semplice, sicchè ogni massaia lo apprezzerà a dovere come ogni medico lo troverà utile.

L'Autrice, laureata dell'Istituto dell'Accademia di Francia è fondatrice della « Scuola delle madri » ed incaricata di conferenze nei diversi licei di Parigi. Il libro è stato premiato dall'Accademia di medicina di Parigi su proposta di A. Gautier che lo giudicava di una grande originalità, affermando che esso porta la precisione scientifica in un argomento lasciato finora quasi sempre alla discrezione di una cieca pratica. *fil.*

CASIMIR FUNK. *Die Vitamine.* Un vol. di 522 pag., con 93 figure. Verlag von I. F. Bergmann, editori. München, 1924.

Questo libro, che è alla terza edizione, raccoglie gran parte della copiosa letteratura che in pochi anni si è accumulata sulle « vitamine ».

Contiene una rassegna dello stato attuale delle nostre conoscenze sull'argomento e segnala i possibili nuovi sviluppi con quella ampiezza di vedute di cui l'A. delle vitamine è maestro.

Il libro è diviso in tre parti, ciascuna delle quali ampiamente e dettagliatamente trattata.

La prima parte riferisce sul bisogno delle vitamine delle piante e degli animali.

La seconda parte riporta le proprietà chimiche, fisiologiche e farmacologiche delle vitamine, i loro rapporti con i lipoidi e l'influenza che subiscono dall'azione dei diversi agenti fisici.

Infine la terza parte, molto interessante dal punto di vista patologico, tratta delle avitaminosi umane e di quelle condizioni nelle quali le vitamine svolgono un'azione attiva.

Per la notorietà dell'A., per la quistione delle vitamine che ogni giorno più acquista maggiore interesse, per l'applicazione nell'alimentazione normale e dietetica, il libro avrà presso gli studiosi la meritata accoglienza.

MARINO.

LORENZINI. *Théorie des Vitamines et ses applications*. Masson et C., editori, Parigi.

È uno studio sintetico, critico, che riassume lo stato attuale delle nostre conoscenze sulle « vitamine » mettendo in rilievo la contribuzione scientifica delle varie scuole italiane e straniere.

Rileva quale importanza debba attribuirsi alle vitamine sul ricambio in genere e nei rapporti con le secrezioni interne, ammettendo che le vitamine intervengono attivamente nel giuoco del ricambio minerale.

Dal punto di vista della terapia, il loro uso giova ad affermare ch'esse sono indispensabili nell'alimentazione, onde evitare alterazioni di nutrizione.

Il lavoro è corredato di figure con animali in avitaminosi ed è presentato da una lusinghiera prefazione del grande fisiologo francese Richet.

MARINO.

L. CIARROCCHI. *Contributo alla conoscenza delle cause delle malattie scorbutiche*. Un vol. in-4° di 123 pag. Tip. Canfora e Orsi. Bari, 1925.

Interessante studio basato, oltre che sull'esame dell'ampia bibliografia che viene riferita, su esperienze personali le quali conducono l'A. a conclusioni che meritano di essere messe in evidenza, in quanto che tendono a sminuire l'importanza di quelle sostanze troppo misteriose nella loro essenza, nella loro costituzione e nella loro azione, le vitamine.

Osserva di fatto l'A. che ogni nutrizione, che non sia quella alla quale l'animale è naturalmente adattato, deve riuscire dannosa; praticata invero in modo continuo ed esclusivo, produce, presto o tardi, una rapida decadenza delle funzioni digestive e quindi della nutrizione, sintomi discrasici svariati, in parte analoghi a quelli dello scorbuto, e finalmente la morte, che può essere evitata col ripristino dell'alimentazione naturale se praticata in tempo opportuno. Piuttosto che l'assunzione di sosanze speciali ignote (vitamine) deve agire in questo caso la reintegrazione della dieta necessaria.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 30 gennaio 1926.

Presidenza: prof. R. ALESSANDRI, presidente.

La polimyxodite.

Prof. MIGUEL COUTO. — Propone questa denominazione per una sindrome, abbastanza frequente in Rio de Janeiro, in cui la manifestazione principale sembra essere una enterocolite mucomembranosa, ma, approfondendo l'esame dei pazienti si riscontra, in concomitanza con l'infiammazione catarrale del colon, uno stato infiammatorio simile di molti altri organi: naso, occhi, faringe, laringe, vescica, utero; tanto che la colite non rappresenta più se non un'espressione, nell'intestino, di uno stato generale con molteplici rappresentazioni, certamente subordinate tutte a una sola causa generale.

Questa « infiammazione catarrale cronica e simultanea di varie mucose » ha una fisionomia clinica del tutto distinta, per aspetto, per l'àmbito che comprende, e per la patogenesi, dalle diàtesi essudative e dagli stati timolinfatici, malattie esclusive dell'infanzia, mentre la polimyxodite si presenta in adulti, specialmente donne, nei cui antecedenti non vi è alcun segno di quelle affezioni. Il quadro clinico varia secondo il numero delle mucose attaccate e l'entità delle lesioni. Si ha:

a carico dell'*udito*: paracusie con o senza ipoacusia, prurito nel condotto esterno, con o senza afflusso catarrale;

a carico degli *occhi*: sensazione come di arena, a volte lagrimazione, tendenza allo stato congestivo delle congiuntive;

nelle *narici*: prurito, secchezza, secrezione o chiara e fluida o grassa e crostosa, crisi di sternuti, e fino una *rinobronchite spasmodica*, l'asma naso-oculo-toracico, diverso per patogenesi dall'asma anafilattico;

nel *faringe*: titillazione e prurito, esteso talvolta all'arco palatino, alla lingua, alle labbra, al mento; tosse secca nervosa;

a carico dello *stomaco*: peso, flatulenza, pirosi, aerofagia;

della *vescica*: disuria, pollachiuria, urine torbide con abbondante muco;

dell'*utero*: endometrite.

Inoltre, a carico di altre mucose interne, profonde, cavitarie: sinusiti croniche, ad esempio dell'antro di Higmoro, coliche biliari e renali.

Questa, la sindrome; quale la patogenesi?

L'O. riferisce, a solo titolo di supposizione, una sua ipotesi, che studi non ancora ultimati stanno controllando: che cioè vi possa essere nel sangue degli individui colpiti da polimyxodite una alterazione chimica costituzionale, una perturbazione dell'equilibrio acido-base (P H), per cause ancora

ignote, che devii cronicamente il funzionamento delle glandole mucipare. La secrezione mucosa così divenuta anomala costituirebbe causa di irritazione permanente della mucosa delle cavità che irrora, e finirebbe col creare un processo morboso allo stesso modo che l'eliminazione di zucchero per i reni produce la nefrite di Ebstein.

*
* *

In associazione con la polimyxodite, talvolta si producono *sindromi dolorose*, a sede cervicale posteriore, lombare e lombosacrale, coccigea, che l'O. interpreta come dovute ad irritazione del plesso di Meissner. Inoltre un'altra sindrome indubitabilmente legata alla colite mucomembranosa (l'O. in 30 casi non la incontrò mai se non associata a quest'ultima) è la sindrome di Roth-Bernhardt o *meralgia parestesica*: una zona cutanea, che ordinariamente va dalla cresta iliaca a circa 15 cm. sopra il ginocchio sulla faccia anteriore e sopratutto laterale della coscia, è sede di parestesie varie che non si accompagnano a nessuna alterazione della sensibilità dimostrabile obbiettivamente. L'O. dà a questo fenomeno valore di sintoma, e lo pone sullo stesso piano che la scapolalgia nella colica epatica, la zona parestesica di Boas nella litiasi biliare, ecc. Si tratterebbe di un fenomeno metamerico o radicolare riflesso avente la sua origine nel plesso mesenterico inferiore, il suo centro nei primi segmenti lombari, la sua rappresentazione nella zona di espansione periferica dei segmenti lombari stessi.

Sulla cura della paralisi progressiva.

Prof. D'AYALA. — Presenta tre pazienti di paralisi progressiva curati efficacemente con iniezioni di neosalvarson associate a punture della cisterna magna e iniezioni di siero di cavallo nella cisterna stessa, ripetendo la cura ogni 6-10 giorni. Si può avere qualche inconveniente, come dolori alla nuca, febbre, vomito.

L'ascesso di Brodie.

Prof. CHIASSERINI. — Affezione rara, o forse raramente diagnosticata, se si pensa che in un secolo ormai da quando fu descritta per la prima volta, solo 200 casi ne registra tutta la letteratura; affezione confusa spesso con le comuni osteomieliti subacute o croniche, od anche con affezioni cistiche o sarcomatose delle ossa.

L'ascesso cronico non specifico delle ossa lunghe non ha mutato nelle sue note cliniche ed anatomiche principali dalla sommaria ma magistrale descrizione che, sopra una statistica di 9 casi, Brodie ne fece nel 1845.

La sintomatologia obbiettiva e subiettiva se ne può riassumere così: tumefazione locale limitata, per apposizione di osso verso l'esterno, sclerosi ossea; dolori forti, quali possono supporsi dovuti a forte tensione, spesso notturni, tipicamente intermittenti, che aumentano di intensità a intervalli e possono tacere anche per periodi di mesi, almeno nei primi anni della malattia; cavità ascessuale con pareti liscie, pus caratteristico. Tutti i sintomi persistono e si aggravano, nonostante le cure.

Il prof. CHIASSERINI reca un contributo personale di 7 casi osservati su un numero non molto grande di osteomieliti: 4 soggetti erano giovani dai 20 ai 28 anni; l'età della malattia datava da due mesi fino a 20 anni; la sede dell'ascesso in 3 casi era nell'epifisi superiore della tibia, in 2 nell'inferiore, in uno all'estremo distale del femore, in uno all'estremo distale del radio; un soggetto ebbe a soffrire due volte della stessa malattia, in sedi molto lontane, e a distanza di 4 anni; nello stesso caso il secondo intervento operatorio dovè essere praticato sull'ascesso già apertosi spontaneamente e poi cicatrizzato. In due casi l'inizio della malattia seguì, a un anno circa di distanza, una *infezione tifosa;* e in uno di essi, con sierodiagnosi di Widal positiva, la cultura del pus diede sviluppo al bacillo di Eberth; in un caso, che sembrò far parte, insieme a un'artrite purulenta, di localizzazioni settiche successive a un patereccio, si sviluppò lo stafilococco piogene aureo; in due casi le culture praticate nei più comuni terreni in aerobiosi rimasero sterili. La grandezza delle cavità andava da una piccola noce a un grosso uovo di tacchino; in un caso, in cui la radiografia mostrava due cavità, l'ascesso era a concamerazioni e conteneva un piccolo sequestro. Il pus, o giallo verdastro tenue inodoro, o cremoso, o consistente in una massa gelatinosa; in un soggetto, che poi soffrì una seconda volta di tipico ascesso con contenuto purulento, la cavità era riempita da una formazione duro-fibrosa a pareti biancastre spesse, aderente tenacemente in alcuni punti, con superficie interna rosea e liscia, contenente scarso liquido citrico. Anche in un altro caso l'ascesso era limitato da una membrana sottile rosea. La parete dell'osso liscia o granulante, gli strati circostanti duri, ispessiti, addensati, i tessuti parostali e il periostio talvolta infiltrati ed edematosi, la cute sulla tumefazione tesa, lucente, aderente alla tumefazione stessa. Talora si aveva febbre lieve, talora elevatissima, talora temperatura normale. La radiografia mostrava zone di rarefazione circondate da zone di addensamento.

L'intervento operativo consistè nell'apertura e svuotamento dell'ascesso, lavaggio della cavità con etere o alcool iodato, zaffamento oppure riempimento con batuffoli adiposi prelevati da altra zona o con lembo osseo-periosteo; la chiusura con drenaggio o per primam, il successo terapeutico sempre assicurato.

Le iniezioni di ossigeno
nella cura della tubercolosi delle sierose.

Prof. P. ALESSANDRINI. — Benchè esistano casi isolati di guarigione di peritoniti tbc. in seguito a pneumoperitoneo, la letteratura non ne è molto ricca; un'osservazione di SCHMITH porta guarigione

in seguito a ripetute introduzioni di O in un caso in cui la laparatomia non aveva dato alcun risultato. Il prof. PAOLO ALESSANDRINI, dopo 8 casi, tra cui due forme sieroplastiche, trattati con successo definitivo con il metodo abituale, che consiste nel vuotare l'addome del liquido e introdurre poi 1 l. di ossigeno, ha tentato una tecnica differente: introdurre 100-200 cmc. del gas senza aver tolto liquido, facendo gorgogliare anzi l'O. nell'essudato. In 16 casi di peritoniti, pleuriti, pericarditi essudative, i risultati sono stati ottimi con una, due, raramente tre iniezioni a intervalli di 3, 4 giorni; la scomparsa del liquido può avvenire anche in 24 h.; i versamenti recenti, e scarsi, offrono la maggiore resistenza.

L'O. pensa quindi che l'ossigeno non agisca beneficamente, come si credeva, per contatto diretto con la mucosa, ma provocando modificazioni chimiche del liquido per cui si stabiliscono condizioni di habitat non più opportune allo sviluppo del bacillo tubercolare.

In un caso di meningite tbc. l'introduzione anche ripetuta di 50 e 100 cmc di ossigeno, pur dimostrandosi tecnicamente innocua, non ha dato alcun beneficio.

A proposito di questa comunicazione, il prof. PONTANO ricorda come nella Clinica Medica di Roma il metodo della introduzione di O, applicato sistematicamente, durante un certo periodo di tempo, in numerosi malati di pleurite essudativa, con iniezioni ripetute fino a 9 volte nel medesimo soggetto, non diede risultati che mutassero nettamente il decorso, variabilissimo di per sè, e che per sè volge alla guarigione, della pleurite specifica.

Dott. A. CORRADI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 29 gennaio 1926.

Presidenza: E. ALFIERI, presidente.

Due anni di terapia malarica della paralisi progressiva.

E. BRAVETTA. — Ricorda che il Manicomio di Mombello fu tra i primissimi in Italia ad adottare metodicamente e su larga scala, il metodo di cura della paralisi progressiva preconizzato da Wagner von Jauregg.

A tutto il 1925 sono stati trattati con la inoculazione della terzana benigna, e in pochi casi con la quartana, 114 ammalati e l'O. riferisce su di essi e in particolare su 30 casi personali, riconfermando, sul più numeroso materiale clinico, i reali miglioramenti, di cui alcuni si possono ritenere complete remissioni con riadattamento alla vita sociale, famigliare e professionale, già annunziati nella seduta della Società Medica di Pavia del 23 novembre 1923, in occasione di una discussione sui metodi di cura della neurosifilide.

L'O. avverte che non bisogna domandare al metodo più di quello che può dare, ed a dimostrazione di ciò presenta numerose encefalografie di paralitici ottenute con la immissione di aria alla Dandy-Bingel, dalle quali risultano le gravi atrofie della zona anteriore del cervello e le enormi dilatazioni dei ventricoli da idrope ex vacuo: in tali casi la cura malarica è stata inutile e al grado di atrofia cerebrale corrispondeva la demenza dei soggetti.

Tumore dei lobi frontali simulante la paralisi progressiva.

E. BRAVETTA. — Un ammalato con antecedenti sifilitici e alcoolici ha presentato la sintomatologia psichica e somatica della paralisi progressiva, e cioè stato demenziale euforico, disturbi dell'orientamento, della percezione, della memoria; amimia, disartria, anisocoria, Argill Robertson, tremori, Romberg, accessi epilettiformi, sierodiagnosi del W. positiva, iperalbuminosi del liquor, ecc.

Alla autopsia si trovò un vasto tumore di natura gliomatosa, interessante i lobi frontali, il ginocchio del corpo calloso e parte dei ventricoli laterali.

L'O. discute quali furono le cause di errore e come potevano essere evitate, pur ricordando che autori recenti hanno illustrato casi di tumore cerebrale ad esclusiva sintomatologia paralitica.

Linfogranuloma maligno primitivo dell'intestino.

A. OMODEI-ZORINI. — Illustra un caso rarissimo di linfogranuloma maligno primitivo dell'intestino, manifestatosi sotto forma di una grossa massa infiltrante la parete del colon sigmoideo e simulante un cancro. Ricorda la letteratura sull'argomento (in tutto 11 casi) discutendone i sintomi clinici ed i caratteri anatomo-patologici. Rileva l'importanza di questa localizzazione del morbo di Hodking dal punto di vista ezio-patogenetico del linfogranuloma in generale.

T. BENZI. — *L'azione dell'endoipofisina sul cuore studiata coll'ortodiagrafia.*

Seduta del 5 febbraio 1926.

Presidenza: E. ALFIERI, presidente.

G. SCOTTI-FOGLIERINI. — *Sulle vitamine.*

A. LARCHER e G. PARINO. — *Influenza delle avitaminosi sulla rigenerazione dei tessuti.*

Iniezioni endovenose di glicerina e crioscopia degli organi.

I. SIMON. — L'O. iniettò la stessa dose di glicerina (gr. 6 per kgr.) nelle vene di dieci conigli che sacrificò a tempi diversi dalla fine dell'iniezione (da 90 minuti secondi a 24 ore). Praticò poi la crioscopia del cuore, del cervello, del muscolo, del rene, del fegato in confronto di quella del siero

di sangue. Ebbe così modo di constatare che, dopo un certo tempo dalla fine dell'iniezione, tutti gli organi studiati, con modalità che mutano da organo ad organo, si restituiscono alla concentrazione molecolare fisiologica propria di ciascuno di essi, il che gli dà modo di intravvedere una serie di fatti nuovi circa il contegno del farmaco nell'organismo e di trarne indicazioni per precise ricerche d'ordine chimico.

F. FLARER. — *Ricerche sperimentali sulla « perspiratio insensibilis » nell'uomo.*

G. BIGNAMI. — *Diuretici renali e diuretici interstiziali. Il benzoato di calcio nella terapia diuretica. Nota riassuntiva.*

F. LEINATI. — *Sopra due casi di calcolosi salivare.*

F. RICCI, *segretario.*

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta dell'11 marzo 1926.

Presidenza: prof. LEOTTA, presidente.

Il tessuto peridurale (t. perimeningeo).

G. FAVARO. — L'O. segnala la notevole importanza che il tessuto peridurale ha per la costituzione definitiva della dura madre encefalica *sensu lato* e delle sue produzioni, così da doversi ritenere che tale membrana a termine di sviluppo consta non già di due soli strati fusi insieme, cioè della dura madre *sensu stricto* e dell'endocranio fetali, sì anco di un terzo strato interposto tra l'una e l'altro, rappresentato dal tessuto peridurale.

Febbre di Malta e puerperio.

P. GAIFAMI. — L'O., sulla scorta di personali osservazioni cliniche, richiama l'attenzione sulla possibilità che il puerperio rappresenti una condizione predisponente per lo scoppio in forma grave di febbri melitensi misconosciute o credute spente; e rileva quindi la necessità, nella regione pugliese, di fronte a puerperi febbrili a etiologia non chiara, di non dimenticare di porre, fra le diagnosi differenziali, anche quelle con la febbre di Malta.

Degenerazione granulare di tumori vegetali irradiati.

V. RIVERA. — La irradiazione determina una caratteristica degenerazione del tessuto tumorale consistente nella produzione nel vivo della zona tumorale di un gran numero di nodi o granuli, che si isolano completamente dal resto del tessuto tumorale, e che sono costituiti al centro da cellule vive a caratteristica stratificazione e all'esterno sono protetti da una scorza di cellule morte. Queste formazioni sono dovute allo stimolo indotto dai raggi X sulle cellule che costituiscono la zona di accrescimento del tumore e che l'O. paragona alla *zona cambiale* delle piante superiori. Esse infine vengono considerate dall'O. come formazioni tumorali da irradiazione, veri tumori nel tumore, e sono la causa del regresso e della morte futura del tumore stesso.

Coefficente respiratorio e concentrazione carbonica in rapporto alla chirurgia della tubercolosi polmonare.

V. BONOMO. — Nello studio degli scambi gassosi dei malati di tubercolosi polmonare ha preso in considerazione le variazioni della concentrazione carbonica dell'aria espirata e del coefficiente respiratorio del CO_2, in senso assoluto, ed in rapporto tra di loro. Ha osservato elevazioni del C. R. solo nei casi gravi sicchè questo fattore acquisterebbe valore prognostico in relazione alle osservazioni di QUINQUAUD ed altri, diminuzione costante della concentrazione in rapporto alla limitazione della superficie respiratoria. Il rapporto tra i due indici, direttamente proporzionale nel normale, si inverte nei malati dell'apparecchio respiratorio e può dare per le sue variazioni notevoli criteri di valutazione della funzione polmonare dell'applicabilità o meno della collassoterapia e della tolleranza dell'organismo durante l'applicazione.

Sopra un caso di turricefalia.

A. MERLINI. — Illustra un tipico caso di turricefalia, riferentesi ad un ragazzo di otto anni, con segni evidenti di ipoevolutismo somatico e psichico, e con molteplici alterazioni rachitiche concomitanti (rosario costale, ginocchio valgo bilaterale, piede piatto bilaterale). Si diffonde sull'esame clinico antropometrico, ed insiste sull'assenza di lesioni sensoriali. Rileva la presenza di tutti i segni radiologici della speciale craniostenosi: sinostosi precoce delle suture coronale e sagittale, diminuzione di profondità delle orbite, riduzione dei seni aeriferi, accorciamento della fossa cerebrale anteriore e verticalità delle piccole ali sfenoidali; enorme affondamento della fossa cerebrale media col massiccio sellare, verticalità delle piramidi, impressioni digitale e juga cerebralia sul tavolato interno del frontale.

L'esame radiografico del cranio risulta poi particolarmente interessante, nel caso in questione, oltre che per la forte deiscenza della sutura lambdoidea, per la permanenza di ossicini suturali lungo la sutura lambdoidea e fontanellari in corrispondenza dell'asterion, e per la permanenza dello stato fetale di moltiplicità dell'osso occipitale (sono visibili l'occipitale superiore diviso in 2 metà simmetriche, l'interparietale e il pre-interparietale anche questi duplici e bene separati).

Reazione di Wassermann —— nel soggetto e nella madre. Riafferma l'origine rachitica della deformità, e non ritiene necessaria la craniosto-

mia decompressiva, per l'assenza di disturbi nervosi e sensoriali, che sta ad indicare l'avvenuto meccanismo di compensazione della craniostenosi.

Stenosi del duodeno da neoplasia del pancreas.

F. ANACLERIO. — Presenta i radiogrammi di una tipica stenosi della 2a porzione del duodeno con notevole deformazione del bulbo. Discute, solo dal punto radiologico, le varie eventualità che avrebbero potuto dare il quadro radiologico presentato.

L'operazione dimostrò un tumore della testa del pancreas.

Trauma e tumore (contributo clinico e critico).

A. MERLINI. — Alla quistione ancora molto discussa dei rapporti fra trauma e tumore, l'O. apporta un contributo clinico e critico, riferendo un caso di carcinoma metatipico della cute, sviluppato sul terreno di una vecchia cicatrice da ustione. Insiste sulle condizioni necessarie per stabilire con sicurezza il nesso causale fra trauma e tumore: accertamento della preesistenza del trauma, della sua intensità, dell'intervallo cronologico fra i due fenomeni, dell'assenza di altri tumori nell'organismo.

Dopo la descrizione istologica del caso, corredata da preparati microscopici, passa alla sua interpretazione patogenetica. E qui, senza la pretesa di poter dare un giudizio definitivo ed assoluto, data l'oscurità che ancora avvolge tutto il problema dei tumori, crede logico di riportarsi alla teoria di Ribbert, pensando che sopra ai germi epiteliali, dislocati dalla loro normale compagine in seguito al vecchio processo cicatriziale, il trauma unico e violento abbia agito determinando un pervertimento biologico delle cellule stesse e spingendole alla proliferazione attiva ed atipica, cioè alla evoluzione neoplastica.

Dott. LUIGI QUARANTA.

Società Medico-Chirurgica di Piacenza.

Seduta del 21 febbraio 1926.

Presidenza: Prof. A. VECCHI, Presidente.

Inconvenienti nell'uso della canfora in terapia.

Dott. E. MUZZARELLI. — Esposizione di due casi, in cui l'olio canforato per iniezioni in dosi terapeutiche provocò esantema ed edemi circoscritti.

Sulla diagnosi di tubercolosi nelle urine.

Dott. E. MUZZARELLI. — Mediante accurate ricerche ha potuto stabilire che l'inoculazione in cavie di centrifugato di urine tubercolari può talora dare manifestazioni tubercolari locali o generali molto tardive in confronto di quello che comunemente avviene. Ammonisce quindi di essere guardinghi nell'interpretazione dei casi negativi, che non siano controllati per un tempo sufficiente.

Miomectomia in gravidanza.

Prof. P. LIGABUE. — Illustra due casi da lui felicemente operati e discute le indicazioni e le controindicazioni all'intervento, concludendo che l'intervento deve essere pronto in tutti i casi, in cui si diagnostica un fibromioma in gravidanza; che l'intervento deve essere solamente esplorativo o limitarsi ad opportuni sbrigliamenti quando, aperto l'addome, non si trovino le condizioni favorevoli per l'asportazione del tumore; che negli altri casi l'operazione di scelta deve essere la miomectomia a preferenza della miomo-enucleazione.

Sopra un caso di corea in gravidanza.

Prof. C. BUA. — Riferisce un caso osservato in una pluripara affetta da reumatismo e da malaria cronica. Trattavasi di una semplice emicorea, ma l'affezione era associata a turbe dello stato psichico. Fu sufficiente una cura energica contemporanea delle due forme infettive per avere la guarigione in due settimane. La gravidanza andò regolarmente a termine. Questo caso associato ad altri tre precedentemente pubblicati, nei quali fu pure possibile scoprire un fattore infettivo quale causa determinante, depongono per il fatto che la gravidanza contribuisce semplicemente quale fattore coadiuvante per l'insorgenza della corea.

Sull'uso del forcipe di Kielland.

Prof. C. BUA. — In base alla propria esperienza ritiene che il forcipe di K. risponda bene quando lo si applichi su testa allo stretto superiore ed in posizione trasversa, come anche bene gli corrispose in un caso di presentazione podalica varietà natiche con parte già impegnata nello scavo. Non ebbe mai occasione di applicarlo in presentazione di faccia e di fronte. Nelle posizioni posteriori preferisce l'uso del forcipe comune.

Invaginazione del tenue da polipo.

Dott. A. MARCHESI. — Riferisce un caso operato nel locale Ospedale e guarito, in cui si dovettero resecare metri 1,90 di tenue. L'O. si sofferma a discuterne specialmente la sintomatologia, che per particolari disposizioni anatomiche era piuttosto di emorragia interna che d'invaginazione.

Sopra un caso di meningite tubercolare.

Dott. G. TORTA. — Espone un caso interessante di meningite tubercolare, nel quale per l'anormalità della sintomatologia fu possibile fare la diagnosi solamente al tavolo anatomico.

* * *

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

CASISTICA E TERAPIA.

Gangrena polmonare da spirochete.

L'infezione bronchiale e polmonare da spirochete fu descritta per la prima volta da Castellani nel 1905 e venne successivamente largamente confermata in tutte le parti del mondo. Il tipo acuto della malattia viene spesso confuso con l'influenza o con la malaria. Però, osserva F. E. T. (*Journal of tropical medicine and hygiene*, 15 febbraio 1926) l'esame dello sputo negativo per i bacilli di Pfeiffer e quello del sangue negativo per i plasmodi metteranno sulla strada per la diagnosi. Nei tipi subacuti o cronici, con sputi sanguinolenti, si pensa dapprima alla tubercolosi e, soltanto dopo ripetuti esami negativi per il bacillo di Koch e dopo aver trovato le spirochete che si rinvengono in numero elevatissimo, si arriva alla diagnosi corretta.

L'organismo che provoca la malattia è stato denominato da Castellani: *Spirocheta bronchialis* e va considerato come una specie del tutto distinta dalle diverse varietà di spirochete che si trovano nella bocca. Queste vedute si sono però modificate tanto più per i reperti nei casi di gangrena polmonare, in cui si è veduto che tale malattia può essere data dall'aspirazione di spirochete e di bacilli fusiformi da bocche poco pulite e può, per converso, essere prevenuta con una scrupolosa igiene orale. I rapporti eziologici fra gangrena polmonare e bacilli fusiformi e spirochete possono inoltre essere confermati non solo dalla predominanza di questi microrganismi che si osserva precocemente nelle zone gangrenose, ma anche dal fatto che è possibile la riproduzione della gangrena polmonare nelle cavie, mediante l'iniezione nei tessuti traumatizzati del materiale proveniente da piorrea alveolare, carie dentale, gangrena polmonare contenente numerose spirochete e bacilli fusiformi.

E che la spirochetosi polmonare non sia rara, lo dimostra il fatto che negli ultimi due anni furono osservati in un ospedale di Cleveland 16 casi di tale malattia. In 5 di essi, in cui vi erano già cavità gangrenose, le iniezioni di arsenobenzoli impedirono la morte e diedero praticamente la scomparsa dei sintomi; in 5 casi con sintomi meno gravi, si ebbe la rapida guarigione; in 5 altri senza trattamento o con trattamento fatto in extremis, si ebbe la morte.

Lo stabilirsi della gangrena polmonare deve sospettarsi quando lo sputo incomincia a farsi bruno e puzzolente ed i sintomi subiscono un aggravamento. La diagnosi può farsi abbastanza precocemente in base al reperto di spirochete e di bacilli di Vincent, dopo accurata lavatura della bocca. Tale grave complicazione può essere prevenuta con un'accurata antisepsi orale; gli arsenobenzoli, rispettivamente l'arsfenamina, sembrano un rimedio specifico in questa, come in altre affezioni da spirochete. *fil.*

L'insonnia nei tubercolotici polmonari.

L'insonnia nei tubercolosi polmonari è un fenomeno abbastanza frequente che va trattato perchè influisce sullo stato generale e sul morale del malato. I sudori, la tosse, la dispnea ed altre cause possono provocarla; quindi, in presenza di un'insonnia in tali malati si andrà dapprima alla minuziosa ricerca delle cause ed al corrispondente trattamento.

In certi casi però si è obbligati ad istituire un trattamento sintomatico. È anzitutto necessario tener presente che si debbono variare i prodotti per evitare una assuefazione più o meno rapida. D'altra parte, qualunque sia l'ipnotico usato, si dovrà cessarne la somministrazione non appena possibile, cioè appena rotto il ritmo dell'insonnia e si dovrà impedire che i malati applichino da loro il rimedio. Gli ultimi ipnotici che vanno usati sono gli alcaloidi dell'oppio ed i loro derivati. Inoltre la terapia va anche regolata dagli effetti secondarii che può produrre (vomiti, diarrea, esagerazione dei sudori, ecc.).

Secondo diversi autori citati in *Pensiero medico*, 20 febbraio 1926, i più convenienti sembrano i derivati dall'urea, fra cui la butiletil-malossilurea, che darebbe però risultati incostanti, l'allilisopropil-malonilurea che non ha dato a tutti risultati soddisfacenti. Migliore sarebbe l'isopropilbarbiturato di amidopropina (non si può dire che il nome di questo rimedio abbia il pregio della brevità!); una sola compressa basta di solito a provocare il sonno, calmo non mai accompagnato da manifestazioni tossiche, raramente ne occorrono due, non si ha mai assuefazione.

La bromo-dietil-acetil-carbamide, in compresse da 50 cg. sarebbe pure efficace, ma sembra che provochi presto fenomeni d'intolleranza, specialmente cefalea al risveglio.

Sono anche da ricordarsi la cloralose che dà buoni risultati nelle insonnie di media intensità ed i medicamenti della serie aldeidica, per esempio l'idrato di cloralio per clisteri; pure lo stesso metodo di applicazione si potrà usare per il laudano (15 gocce) con antipirina (1 g.), in 60 cmc. di acqua. *fil.*

Le adenopatie tracheo-bronchiali nel bambino.

L'adenopatia tracheo-bronchiale è la forma più frequente della tubercolosi nel bambino. Essa si manifesta clinicamente sotto due forme, confermata e latente. La prima è la più rara e si presenta con i caratteri di un tumore del mediastino; può dare molteplici segni di compressione venosa, del tronco brachio-cefalico, della glottide, la tosse pertossica; può comprimere la trachea dando il « cornage », dare edema a forma di pellegrina, circolazione collaterale. In questi casi si trova nettamente il segno di Smith, cioè il soffio vascolare in corrispondenza del collo quando la testa è in ipertensione. La grande azygos può pure essere compressa e si osserva allora un aspetto particolare della circolazione collaterale al torace.

Più interessanti sono però le forme latenti che danno dei segni generali sui quali si deve richiamare l'attenzione e che costituiscono lo stadio che gli antichi autori avevano chiamato di pretubercolosi. Sono, in realtà dei segni di impregnazione bacillare: uno stato subfebbrile; il bambino si presenta di aspetto come fragile, pallido, con insufficienza delle ossa e della muscolatura, arresto di sviluppo della gabbia toracica. Il viso ha un particolare aspetto angelico, le sclerotiche sono azzurre, le ciglia assai lunghe.

Altre volte si tratta di bei bambini, di bell'aspetto che presentano tuttavia qualche cosa di anormale ed hanno di tanto in tanto dei rialzi termici senza causa, della tosse pertossoide, delle bronchiti a ripetizione.

Sebbene nella maggior parte dei casi si tratti di tubercolosi, talvolta la sindrome può essere data dalle vegetazioni adenoidi con catarro nasofaringeo a ripetizione; si vedono, di fatto, dei bambini che migliorano dopo l'asportazione delle adenoidi; tuttavia si potrebbe anche ammettere che tali bambini dopo l'asportazione delle adenoidi possano più facilmente riassorbire i gangli tubercolari.

All'esame fisico si può essere colpiti dallo sviluppo anormale del reticolo venoso superficiale che può andare fino ad una vera circolazione collaterale per compressione dell'azygos. Alla percussione si può trovare dell'ottusità, in addietro nella zona interscapolo-vertebrale, specialmente a destra ed alla parte interna della fossa sopraspinosa sinistra, in avanti da ogni lato del manubrio sternale di cui tale ottusità oltrepassa i margini. È raro però che si osservino tali segni i quali indicherebbero un'adenopatia di grado avanzato.

Nell'adenopatia latente i segni di percussione sono minimi e si cercheranno soprattutto quelli di ascoltazione. Anzitutto il soffio tracheale che si ascolta normalmente alla settima cervicale ed alla parte superiore della fossa sopraspinosa destra e può estendersi alle 2-3 prime dorsali ed in tutta la zona interscapolare.

Anche importante è il segno di D'Espine che corrisponde alla pettoriloquia afona delle caverne polmonari e delle pleuriti e consiste nella trasmissione della voce susurrata; questa, normalmente si ascolta alla settima cervicale ed in condizioni anormali fino alle prime 4 dorsali; il segno ha poco valore se il torace è stretto.

Più raro è il segno di Smith: ascoltazione del tronco brachiocefalico destro al 1° spazio intercostale che normalmente è negativa, ma che, facendo mettere la testa in iperestensione fa sentire un soffio e persino di trottola come nelle clorotiche.

La radioscopia assume importanza capitale; va fatta in posizione antero-posteriore ed in posizione obliqua; spesso la diagnosi è affidata soltanto ad essa. All'inizio si trovano immagini diffuse ed indecise attorno all'ilo, più tardi, se vi è calcificazione, si vede una serie di piccoli punti oscuri.

L'evoluzione è generalmente favorevole meno che nel poppante, senza difese che soccombe di solito alla granulia. Talvolta nei grandicelli si ha la guarigione definitiva. Il bambino deve però essere sempre sorvegliato perchè, anche in seguito si possono avere degli incidenti, come tifobacillosi, localizzazione sulle sierose, od ascessi tubercolari multipli, ovvero delle tubercolosi locali. Forse anche nell'età adulta la tubercolosi polmonare.

L'adenopatia tracheo-bronchiale, afferma Armand-Delille (*Journal de médecine de Paris*, 15 febbraio 1926) si presenta nel bambino come lo stadio di prima infezione tubercolare che si deve scovare a tempo per ottenere la guarigione definitiva ed evitare la generalizzazione con un trattamento adatto di igiene alimentare, di cura d'aria e soprattutto di sole.

fil.

La morte improvvisa nella polmonite dei vecchi.

È noto che la polmonite aumenta di gravità man mano che si avanza nell'età; uno dei fattori di questa gravità, spesso ignorato, è la frequenza relativamente grande della morte improvvisa che si osserva nella polmonite dopo i 60 anni.

S. Bonnamour (*Lyon médical*, 4 ott. 1925) osserva che la morte improvvisa è un modo di terminazione relativamentte frequente nella polmonite senile. In 19 casi di tale malattia terminati con la morte in individui di oltre 60 anni, l'A. ne ha trovato 4 di morte improvvisa.

La sede delle lesioni, l'uni- o bilateralità non sembrano avere alcuna importanza. Quasi sempre si osserva all'autopsia una epatizzazione grigia, sia che essa si sia sviluppata assai rapidamente nei vecchi cachettici, arteriosclerotici, diabetici, alienati, sia che i primi stadii abbiano avuto una evoluzione silenziosa. Questa rapidità e questa latenza sono i grandi fattori della gravità della prognosi nella polmonite senile che mette capo, senza che ce se ne accorga alla suppurazione.

In complesso, si deve quindi sempre diffidare nel vecchio di ogni innalzamento di temperatura, di ogni aumento di dispnea, che coincidono con un bisogno anormale di muoversi. Al minimo segno di indebolimento, si dovrà procedere ad una ascoltazione minuziosa e pensare sempre alla possibilità di una polmonite anche se mancano il dolore puntorio, la tosse e l'espettorato. Sarà questo il solo mezzo di scovare la forma ambulatoria della polmonite senile. Infine, nella polmonite franca si dovrà essere rigidamente severi per la ripresa dell'alimentazione o per fare alzare il malato, insistendo sui tonici cardiaci e generali da continuarsi assai a lungo.

fil.

Terapia Röntgen nella polmonite postoperativa.

Dopo i risultati lusinghieri comunicati da Heidenhain e Fried, F. W. Kaess (*Grenzgebieten der Med. v. Chir.*, vol. 38, f. 4) ha voluto applicare il loro metodo in 11 casi di polmonite postoperativa da lui osservati. L'A. ha ottenuto 10 risultati favorevoli, in un solo caso non ha notato alcuna influenza dopo l'irradiazione perchè si trattava di polmonite crupale. Negli altri casi, tutti di polmonite catarrale, ha osservato che già un'ora dopo l'irradiazione si aveva un miglioramento dei fenomeni subbiettivi. Di solito la febbre cessa nel giorno seguente, in due casi soltanto si rese necessaria una seconda irradiazione. Nel secondo giorno dalla cura si avverte la modificazione dei fenomeni obbiettivi.

I risultati migliori si ottengono con dosi piccole in relazione alla radiosensibilità dei polmoni. I dati tecnici sono i seguenti: distanza del fuoco dalla pelle 30 cm., filtro di rame di 0,5 mm., corrente al tubo 180-200 K. V. e 4 M. A., grandezza del campo 10 × 15.

È difficile di spiegare l'azione dei raggi. Heidenhain la spiega come un'azione generale sull'aumento del potere battericida del sangue mentre l'A. pensa anche a una azione locale sul parenchima ammalato; e così ha scelto raggi più penetranti.

VALDONI.

Nella tosse emetizzante dei tubercolotici.

Un'ora prima dei due pasti principali, prendere una delle seguenti cartine:

Sottonitrato di bismuto	g. 0,5
Belladonna polv.	mg. 5

e, dopo il pasto, 2-3 cucchiai da zuppa di:

Mentol	cg. 15
Giulebbe gommoso	g. 150

Agitare prima dell'uso.

(*Journ. de méd. de Paris*, 1 marzo 1926).

fil.

Fumigazioni nelle crisi di asma.

Nitrato di potassio
Polvere di foglie di belladonna
Id. id. giusquiamo
Id. id. daura stamonio ana g. 5

Bruciarne un cucchiaino da caffè.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Spermatorrea e defecazione. — All'abb. n. 2633:

La spermatorrea, emissione spontanea di sperma senza erezione ed indipendente da ogni eccitazione erotica, aumenta con la pressione sulle vescichette seminali e quindi con gli sforzi della defecazione. Il disturbo è attribuito ad atonia della prostata. Questa contribuisce alla chiusura delle vescichette seminali, e quindi a contenere in esse lo sperma, che fuoriesce quando il tono della prostata è diminuito o abolito.

La spermatorrea suole accompagnarsi ad uno stato neurastenico. Non è ancora dimostrato se questo sia causa o effetto delle perdite seminali. Certo è che si stabilisce un circolo vizioso nel quale il depauperamento generale aggrava la spermatorrea, che a sua volta reagisce sullo stato generale.

Non escluso che i disordini nervosi siano in rapporto alla disfunzione endocrina della prostata, la cui alterazione anatomica si estrinseca con l'atonia.

La cura consiste nel regolare il regime sessuale (tenere presente che la spermatorrea suole seguire agli eccessi sessuali, all'astinenza, e sopra tutto all'onanismo), nel migliorare lo stato generale e le condizioni del sistema nervoso. Si può agire localmente sull'atonia prostatica con massaggi, applicazioni calde e fredde al perineo. Quando il disordine prostatico dipende da infezione gonococcica, il che è tutt'altro che raro intraprendere il trattamento adeguato.

G. DRAGOTTI.

Cura dell'encefalite. — Al dott. I. R.:

Consulti: LÉVY. *Traitement de l'Encéphalite epidémique.* Bulletin général de Thérapie, marzo 1925. Non risulta siano state fatte pubblicazioni monografiche sull'argomento che le interessa.

a. a.

Localizzazioni genitali dell'influenza in puerperio? — Al dott. M. G. (abb. 1616):

Indipendentemente dalla possibilità di localizzazioni genitali del virus influenzale nel puerperio, le facili infezioni puerperali notate potranno essere in rapporto con la diminuita resistenza ai comuni germi patogeni, causata dal processo infettivo.

Comunque non ci sono mezzi speciali di cura, diversi da quelli in genere utilizzati nella terapia della infezione puerperale.

p. g.

Medici di bordo. — Al dott. Pietro Trapani, Taranto:

Per effetto dell'art. 28 del R. Decreto 29 Nov.1925 *nessuno* può imbarcare come medico di bordo se non sia fornito del diploma di autorizzazione che è concesso dal Ministero dell'Interno ai medici laureati da oltre due anni, i quali abbiano sostenuto con esito favorevole speciali esami di idoneità, che vengono banditi ogni due anni in sedi appositamente designate.

Però, i medici provenienti dal servizio attivo permanente della R. Marina o del R. Esercito, i quali abbiano compiuto non meno di sei anni di servizio effettivo, possono ottenere l'autorizzazione predetta, in deroga ai limiti di età, solo a seguito di speciali esami integrativi in ostetricia e pediatria, oppure quando comprovino con relativi titoli di aver prestato per almeno sei mesi *regolare* servizio, per ciascuna delle due suddette specialità, in reparto clinico o ospitaliero.

Non si conosce fin'ora, essendo il Decreto di data molto recente, quando e con quali precise modalità saranno bandite queste speciali sessioni, ma certo non per quest'anno. In ogni modo nelle condizioni da lei accennate l'imbarco non è consentito dalla legge e quindi non è possibile.

RIBOLLA.

VARIA.

La morte improvvisa in seguito a trattamento medico.

I progressi della terapia non sono scevri d'inconvenienti. I più moderni medicamenti sono caratterizzati dal fatto che essi tentano di attaccare i processi morbosi nell'intimo dei tessuti, da ciò aumento di pericoli.

Sono ben noti gli accidenti mortali legati a procedimenti terapeutici che si verificavano per errori di tecnica, nel corso d'interventi operatori, per eccessi quantitativi di sostanze venefiche, ma a tutte queste cause se ne aggiungono altre la cui essenza non è ben chiarita. La morte può sopravvenire improvvisa ed inaspettata in individui sottoposti ad iniezioni di sostanze per sè stesse innocue o a dosi non tossiche, in seguito a traumi leggeri o a minimi eccitamenti periferici.

De Laet (*Revue de droit pénale et de criminologie*, febbraio 1926) esamina tutte queste cause di morte improvvisa così dette terapeutiche.

Tali accidenti si possono avere in seguito ad iniezioni di proteine, di cristalloidi.

Sono ben noti i fenomeni d'anafilassi. Le prime ricerche istituite al riguardo dimostrarono che la introduzione negli umori di un'albumina vegetale o animale determina un disturbo latente tale che una seconda iniezione scatena un accidente caratterizzato dalla caduta della pressione arteriosa, rarefazione leucocitaria, modificazione dell'indice refrattometrico del sangue. Contemporaneamente i clinici constatarono che nel corso del trattamento sieroterapico si potevano verificare accidenti mortali in seguito ad una seconda iniezione di siero di cavallo o anche alla prima quando i soggetti si erano precedentemente nutriti con carne equina. Il fenomeno fu meglio precisato in seguito all'applicazione alla clinica delle recenti acquisizioni della fisico-chimica colloidale. Gli umori, i tessuti obbediscono alle leggi dell'equilibrio, per le quali tutte le sostanze che si trovano allo stato colloidale possono mediante neutralizzazione più o meno completa delle loro cariche elettriche determinare precipitazioni, che sono le così dette flocculazioni o coagulazioni. L'apporto al protoplasma cellulare di sostanze capaci di modificare le cariche elettriche delle grosse molecole che lo costituiscono, può alterarne le proprietà vitali fondamentali quali la permeabilità, il potere secretorio, la sensibilità, ecc. Tale alterazione, che può essere provocata da cause assolutamente minime, si estrinseca con l'ipotensione, con la leucopenia, con le modificazioni ottiche del sangue, con il così

detto shock emoclasico, al quale sono stati attribuite varie condizioni accessionali, come l'asma, l'epilessia, l'emoglobinuria parossistica, la febbre da fieno, l'emicrania. Anche gli accidenti mortali da siero non sono che violenti shock emoclasici.

Le crisi anafilattiche oltre che da sostanze albuminoidee possono essere provocate dai metalli colloidali. Casi analoghi si sono verificati in gran numero dopo l'introduzione in terapia degli arsenobenzoli. Gli accidenti mortali dovuti a queste sostanze possono, secondo le loro manifestazioni generali, distinguersi in tre gruppi.

Al primo gruppo appartengono gli accidenti locali, come la morte improvvisa dei cardiaci e degli aortici, alcune forme d'ittero, il blocco renale nei nefritici, i fatti meningei, midollari o cerebrali nei malati del nevrasse (accentuazione dei dolori tabetici, aggravamento della paralisi progressiva). Fatti tutti che sono dovuti alla così detta infiammazione acuta locale di Herxheimer, dovuta alla distruzione di spirochete ed alla messa in libertà delle loro endotossine.

Al secondo gruppo appartengono i così detti accidenti umorali, il cui tipo più caratteristico è la crisi nitroide, così chiamata per la sua rassomiglianza sintomatologica agli avvelenamenti da nitriti. La crisi nitroide può seguire all'iniezione di arsenobenzoli acidi, neutri o insufficientemente alcalini. La sindrome clinica è costituita da congestione facciale, tachicardia, angoscia e poi dispnea, vomito, stato sincopale e talvolta morte. Widal attribuì questi accidenti allo shock emoclasico perchè contemporaneamente si ha ipotensione, leucopenia, modificazioni ottiche del sangue. Allo stesso meccanismo umorale si possono ascrivere i fenomeni emorragici. In seguito alla iniezione di prodotti arseno-benzolici si possono avere emorragie cutanee e cancerose, e talvolta anche emiplegia e morte. Allo stesso gruppo forse appartengono le apoplessie sierose che si manifestano con crisi epilettiformi, emiplegie o emiparesi più o meno durature e che talvolta terminano con la morte.

Al terzo gruppo appartengono gli accidenti infettivi, quali le stomato-gengiviti gravi accompagnate da ittero acuto e febbre, che sopravvengono in seguito a cure arsenicali o mercuriali. Dujardin ritiene che si tratti di fenomeni infettivi acutissimi dovuti all'introduzione massiva nell'organismo di metalli o metalloidi. La stomato-gengivite mercuriale o arsenicale si accompagna a pullulazione attivissima della flora boccale e sopratutto di spirilli.

Gli interventi chirurgici con grande traumatismo, a parte le morti provocate dall'anestesia o da difetti della tecnica, possono provocare la morte per shock, che è la riproduzione esatta dello shock traumatico. Lo shock operatorio come quello traumatico è prodotto dall'emorragia e sue conseguenze (anoxemia, acidosi, ipotensione, raffreddamento), e dall'assorbimento dei prodotti dei tessuti mortificati o dei prodotti settici. Possono concorrere altre cause quali l'irritazione dei tronchi nervosi o dei plessi simpatici.

L'importanza dell'assorbimento dei prodotti dei tessuti mortificati o dei prodotti settici è stata dimostrata anche sperimentalmente. Tutto fa ritenere che questo riassorbimento provochi uno shock colloidale.

Vi sono infine casi nei quali la morte si ha improvvisa, fulminante in seguito a traumatismi leggeri o a semplici eccitazioni superficiali. Tali accidenti sono dovuti ad inibizione. Le funzioni vitali possono essere arrestate per eccitazione diretta d'un nervo (pneumogastrico, frenico), per eccitazione cerebrale violenta (emozione) o per via riflessa. E certo che i primi due casi si verificano molto raramente: l'eccitazione operatoria d'un nervo inibitore quale il pneumogastrico solo eccezionalmente provoca la morte, e d'altra parte non esistono serie osservazioni di morte dovuta alla inibizione emotiva causata da un qualsiasi trattamento.

La morte per meccanismo riflesso è invece possibile e si verifica non molto raramente. Ma anche in questo caso vi deve essere una condizione generale necessaria che consenta ad una causa minima, e generalmente senza effetti, di provocare così grave accidente. Vi sono osservazioni nelle quali questi fenomeni inibitorii locali si verificano quando il lieve trauma agisce in individui che avevano mangiato poco prima, ossia che si trovavano in piena emoclasia. La morte per inibizioni si ricollegherebbe così agli altri accidenti dovuti ad alterazioni umorali. *argo.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Commissione consultiva d'Igiene scolastica.

Presso il Ministero della P. I. ai primi del marzo decorso si tenne la prima Sessione della Commissione Consultiva per l'Igiene e l'assistenza scolastica.

Eletto presidente il gr. cord. dott. Messea, la Commissione ascoltò con vivo interessamento e commentò favorevolmente le dettagliate comunicazioni dei Ministeri dell'Interno e della P. I. Sentita poi la dotta relazione del prof. Di Vestea sui maestri tubercolotici, discusse il delicato argomento e deliberò di fare studi d'ordine statistico che consentano la presentazione di un progetto di legge, inteso a curare la pericolosa piaga.

Discusse inoltre, relatore il dir. generale Messea, i voti del primo Congresso internazionale per il soccorso ai bambini, additando al Ministero della P. I. quelli che meritano speciale attenzione. Rimandò ad altra riunione la discussione del tema della propaganda igienica nelle scuole, di cui dovrà riferire il prof. Sclavo, e quella sui voti del terzo Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per l'Igiene, relativi alla scuola all'aperto e alla educazione fisica, sui quali dovrà riferire il prof. Di Vestea. Deliberò anche, su proposta del dott. Messea, di porre subito allo studio uno schema di provvedimento, da sottoporre ai ministri dell'Interno e della Istruzione, inteso a dare alla concezione dottrinale della « igiene scolastica » un contenuto pratico, di carattere esecutivo e capace di « assicurare ovunque, con il concorso indispensabile di mezzi adeguati » ed il più sollecitamente possibile, l'influenza « effettiva » dell'igiene nella scuola ed il contributo reale della scuola all'incremento dell'igiene. Il prof. Di Vestea, che sullo studio stesso ha preso l'iniziativa di richiamare l'attenzione della Commissione, riferirà in proposito.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione della Stampa Medica Italiana.

Un'assemblea di giornalisti medici ha votato nell'ottobre 1925 la decisione di ricostituire l'Associazione e ha gettato le basi dello Statuto, incaricandomi di redigerlo in modo definitivo e di preparare la prima riunione.

Rivolgo viva preghiera ai colleghi in giornalismo che hanno ricevuto copia del nuovo statuto e anche ai colleghi che non l'hanno ricevuta ma che possono leggerla nel N. 15 di questo giornale, di far sapere se aderiscono o non alla costituenda Associazione.

La preghiera è rivolta non a postulare l'adesione dei colleghi, ma a richiedere l'espressione della loro esplicita volontà.

Le adesioni possono essere inviate al dott. A. Clerici presso la « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche » a Milano, al dott. L. Verney presso *Il Policlinico* in Roma, al prof. A. Ferrannini presso la *Riforma Medica* a Napoli.

Pubblicherò al più presto i nomi degli aderenti, pochi o molti, e riterrò con tale atto di aver terminato l'impegno assunto.

Prof. VITTORIO ASCOLI.

Dimissione della Presidenza del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma.

Il prof. Gallenga insieme a tutti i membri del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma ha rassegnato le dimissioni, nell'intento di facilitare il nuovo assetto della professione medica ed il conseguente ordinamento dei suoi organi di vigilanza e di tutela.

Il Prefetto di Roma ha accettato le dimissioni ed ha nominato Commissario prefettizio il comm. dott. Mario Collina, ispettore generale di sanità al Ministero degli Interni, che altra volta ebbe a coprire la medesima carica con plauso e soddisfazione della classe medica romana.

Vertenza Agostini - Crispolti.

Da anni si dibatteva un'incresciosa polemica fra i proff. Cesare Agostini e Carlo Alberto Crispolti di Perugia. Siamo ora lieti di annunziare che la vertenza è stata felicemente composta con il seguente verbale:

Il prof. Agostini afferma di avere riferito nella più perfetta buona fede voci che aveva raccolte sulla mancanza di uno specifico rapporto tra la motivazione della ricompensa al valore conferita al prof. Crispolti ed i fatti ai quali la motivazione stessa si riferiva. Ma come non volle negare allora che il prof. Crispolti avesse fatto interamente il suo dovere di soldato, così riconosce ora, in seguito al dibattimento, che al prof. Crispolti è stato meritatamente conferito il segno del valore.

Il prof. Crispolti riconosce che il prof. Agostini non ha commesso i fatti a lui addebitati con la querela relativa alle ingiurie in Marciano, e quelli ai quali si riferisce l'addebito di subornazione di testimoni.

Il prof. Crispolti, mentre conferma che non ha avuto alcuna parte nella pubblicazione del *Giornale d'Italia* e del *Mondo*, riconosce che la lettera riservata personale da lui indirizzata al Rettore della Università fu comunicata nella parte sostanziale al prof. Agostini dal destinatario della lettera stessa e che quindi non esiste il fatto della violazione del segreto epistolare da lui addebitato allo stesso prof. Agostini negli esposti indirizzati all'autorità militare.

In seguito a tali dichiarazioni sono state ritirate le querele da ambo le parti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALTAVILLA IRPINA (*Avellino*). — A tutto 15 giu.; L. 6000 (*sic*) e tre quadrienni dec.; età mass. a. 35 (39). Tassa L. 50.10.

APIRO (*Macerata*). — 2a cond.; a tutto il 15 giu.; vedi fasc. 20.

BARATTO DI SCHIO (*Vicenza*). *Ospedale Civile.* — A tutto 10 giu. medico primario. Età mass. 35 a. L. 6000 e 4 quadrienni di L. 500 oltre L. 2000 serv. att. e c.-v. Serv. entro 15 gg.

BIELLA (*Novara*). — Scad. 15 giu.; per Vernato e case sparse; L. 7000 e 10 bienni ventes.; doppio c.-v.

BRESCIA. *Ospedali Civili.* — Primario oculista; L. 6000. Scad. ore 16 del 30 giu. Vedi fasc. 22.

CAPODIMELE (*Caserta*). — Scad. 12 giu.; lire 12,000 con quadrienni decimo, oltre L. 2400 cav. e L. 500 uff. san.; 1° c.-v.

CARPI. *Congregazione di Carità.* — Assist. dell'Osped. « B. Ramazzini »; laurea da non oltre 3 anni. Tassa L. 25.15. Nom. biennale non riconfermabile, salvo nom. ad aiuto. Stip. L. 5000 oltre 2 c.-v. e quota integrativa di c.-v. (10 % stip.); 5 % atti operativi abbienti; alloggio (se celibe); pranzo nei giorni di turno. Serv. entro 15 gg.

CASTELNUOVO DI FARFA (*Roma*). — Scad. 30 giu. Vedi fasc. 22.

CEPRANO (*Roma*). — Al 15 giu.; vedi fasc. 19.

DESIO (*Milano*). *Ospedale Civile.* — Primario medico; L. 12,000 e abitaz.; scad. ore 15 del 30 giu.; età mass. 45 a.; tassa L. 50 alla Congreg. di Carità; quadriennio di assistentato o aiuto in clinica med. od in osped. importante. Nom. triennale e conferme quinquennali fino a 65 anni. Letti 230. Ospedale di Circolo per 13 Comuni con una popolazione complessiva di oltre 70,000 ab.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Congregaz. di Carità.* — Primario di medicina presso l'Osped. di S. Biagio; lib. doc. in patol. o cl. med. o primariato in grande osped.; L. 4000 e 5 quadrienni dec. pei pov., 50 % tasse cure e 60 % tasse ambulat.; integraz. a L. 10,000 pel 1° biennio; 10 anni di laurea. Tassa L. 50. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabb. RR.* — Assistente; età lim. 30 a.; nom. e conferma biennali; L. 5000. Scad. ore 17 del 15 giugno. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

GAZZANIGA (*Bergamo*). — Consor.; al 10 giu.; vedi fasc. 16.

IVREA. *Ospedale Civile.* — Medico primario. Proroga al 20 giu.

LAMA MOCOGNO (*Modena*). 1a cond. Scad. 17 giu. Vedi fasc. 22.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Suzzara. Vedi fasc. 20. Scad. 15 giugno.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Primario specialista neurologo; vedi fasc. 17. Scad. 30 giu.

MILANO. *R. Prefettura.* — Uffic. san. capo del Servizio d'Igiene del Comune di Milano; al 15 giu., ore 18; vedi fasc. 20.

NOVI LIGURE. *Ospedale S. Giacomo.* — Assistente interno; scad. 30 giu.; vedi fasc. 22.

ONANO (*Roma*). — A tutto il 20 giu.; v. fasc. 22.

ORSAGO (*Treviso*). — A tutto 14 giu.; v. fasc. 22.

PORTOGRUARO (*Venezia*). — Scad. 15 giu.; IV cond.; L. 9000; c.-v. statale; aumenti periodici; indenn. trasp.

ROMA. *Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità M. M.).* — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Scad. 2 ag. ore 10. Vedi fasc. 19.

SARTEANO (*Siena*). — Scad. 30 giugno; capol.; L. 8000 oltre L. 1600 c.-v. e L. 2500 trasp.; tassa L. 50.15; età lim. 45 a.

SPERLINGA (*Catania*). — Scad. 30 giu.; v. fasc. 22.

SULMONA (*Aquila*). — Cond. Sez. Meridionale; scad. 15 giu. Vedi fasc. 22.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Capol.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cavalc., c.-v., addizion. L. 3 oltre 500 pov. Amene colline; serv. automobilistico. Scad. 20 giugno.

URBINO. — A tutto il 20 giu., 4a condotta; kmq. 3543, in collina e piano; ab. 1020 agglomer., 3426 sparsi, inscritti 696; L. 9000 e 4 sessenni dec.; 1° c.-v.; addizion. L. 2 oltre 500 pov., L. 3 oltre 1000; serv. att. L. 1500; p. cav. L. 3000. Età lim. 40 a. Docum. a 6 mesi dal 15 mag.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al posto di direttore della R. Scuola di Ostetricia di Aquila sono stati classificati i proff.: 1) Fornero, aiuto della Clinica ost.-gin. di Modena; 2) Rizzacasa, incaricato ad Aquila; 3) Ferraresi, direttore della Scuola di Ostetricia di Camerino.

Il dott. Alfonso Chiarello è riuscito vincitore del concorso alla borsa di perfezionamento all'Estero in chirurgia, derivante dal legato Tortora del Pio Monte della Misericordia presso la R. Università di Napoli.

Il premio della Fondazione Gaetano Mazzoni presso la R. Università di Roma per l'anno accademico 1924-25 è stato conferito al dott. Augusto Fabris, che ha riportato i migliori voti negli esami di profitto e nell'esame di laurea in medicina e chirurgia.

In seguito a deliberazione della Facoltà medica di Roma, approvata dal Senato accademico, i due premi della Fondazione Girolami di L. 500 ciascuno, da conferirsi alle migliori dissertazioni di laurea presentate al termine dell'anno accademico 1923-24, sono stati testè assegnati ai dottori Piero Valdoni e Ugo Papa.

I premi della fondazione Rolli messi a concorso nell'ottobre 1925 presso la Facoltà medica di Roma sono stati conferiti agli studenti Arullani Carlo, Zappalà Gaetano, Serra Vittorio, Liberti Raffaello e Della Torre Giacomo.

NOTIZIE DIVERSE.

Problemi igienico-sanitarî al Senato.

Discutendosi il bilancio dell'interno il sen. Maragliano si è occupato della lotta antitubercolare, e ha lamentato la deficienza dei fondi stanziati nel bilancio. Spiega che per ottenere efficaci risultati bisogna combattere la malattia sul nascere, e non attendere quando essa si è inoltrata. Invoca che si organizzino i servizi necessari, come si pratica all'estero. Deplora la resistenza di alcuni Comuni contro l'istituzione di sanatorî. Parla anche sulla profilassi anticeltica che vorrebbe intensificata. Riconosce che il Ministero dell'Interno ha fatto quello che poteva nei limiti del bilancio, ma si augura che di fronte ai problemi che riguardano la salute pubblica, si faccia ancora molto di più.

Il sen. Crispolti raccomanda una più energica azione contro l'epidemia di suicidi. L'on. Rava fa presente la necessità di provvedere per i Comuni della Romagna, compresa Ravenna, che difettano di acqua potabile.

Il ministro dell'Interno on. Federzoni, rispondendo ai singoli oratori, ha osservato che il problema dell'acqua potabile è difficilissimo tecnicamente e finanziariamente. Il Governo interviene come meglio può coi pochi mezzi messi a sua disposizione. Il Senato conosce quale sia la situazione dell'Istituto chiamato a provvedere a tali bisogni, cioè la Cassa Depositi e Prestiti, ma può essere sicuro del continuo e vigile intervento del Governo. È di due mesi il provvedimento preso a favore di Macerata che si trovava in condizioni analoghe a quelle di Ravenna.

Riconosce che i mezzi di cui il Governo dispone per la lotta antitubercolare sono sproporzionati alla importanza del problema. Il Governo ha la coscienza di far tutto ciò che può con le risorse messe a sua disposizione, alle quali bisogna aggiungere quelle erogate da Enti privati e da Istituti. E ricorda a titolo di onore l'Opera nazionale degli invalidi di guerra presieduta dal sen. Lustig, la quale spende circa 9 milioni all'anno per la lotta contro la tubercolosi in armonia con le direttive della direzione generale della Sanità Pubblica. L'oratore si propone di aumentare i fondi per la lotta antitubercolare o mediante maggiore assegnazione sul bilancio in corso o nel bilancio del 1927-28. Il Governo non ha mai preso sul serio la resistenza di alcuni Comuni contro l'istituzione dei sanatorî, e le ha superate.

Quanto al problema del suicidio, esso è di altissima natura morale e tocca la vita etica della società. Vi è un'apologia stolta del suicidio da parte delle più basse cronache giornalistiche. Il Governo non mancherà di provvedere.

Il Congresso internazionale per la protezione dell'Infanzia.

Si è svolto negli scorsi giorni a Roma. Ne daremo prossimamente un resoconto speciale redatto per noi.

Congresso dell'Unione Italiana di assistenza all'infanzia.

Nel palazzo Doria si è riunita sotto la presidenza del gen. Giardino, l'assemblea dell'Unione Italiana di assistenza all'infanzia, alla quale sono intervenuti, oltre al Consiglio Centrale, i rappresentanti di quasi tutti i Comitati regionali e provinciali dell'Italia.

Prima che si aprisse la seduta il rappresentante delle Opere Pie del Grappa ha rivolto al gen. Giardino le espressioni del più fervido ringraziamento per l'opera generosa esplicata a difesa della fanciullezza dei paesi del Grappa. Il gen. Giardino ha risposto esprimendo il suo compiacimento.

Quindi il comm. Gaetano, benemerito consigliere delegato della Unione Italiana assistenza alla infanzia, ha letto la interessante relazione sull'opera veramente ammirabile esplicata, pure con mezzi modestissimi, dalla Unione, relazione che è stata accolta con applausi.

Si è iniziata quindi la discussione sulle modifiche dello Statuto, rese necessarie dopo la promulgazione del Regolamento sulla protezione e assistenza della maternità e infanzia, nella quale opera l'Unione entrerà con la sua individualità e la propria libera iniziativa nel supremo interesse della istituzione; poichè l'Unione, della quale non c'è Comune d'Italia che non abbia inteso l'eco della sua opera e che non abbia formato Comitati di azione benefica, intende continuare ad esplicare la sua nobile attività nel quadro generale della assistenza all'infanzia.

Si è discusso se conservare o meno i Comitati regionali; alcuno li ha ritenuti superflui; altri, come il comm. Pola, mirabile creatore di istituzioni per la infanzia e il comm. Morici, hanno opinato che si debbano conservare.

È stato incaricato il Consiglio Centrale, il quale dovrà prendere accordi col Ministero dell'Interno anche per tutte le altre modifiche apportate allo Statuto stesso, di studiare se convenga conservare per altro tempo i detti organi regionali per raggrupparli, su proposta del prof. Lombardo Radice, sotto la denominazione e con le funzioni di Comitati interprovinciali per la coordinazione di alcuni rami dell'attività dell'Unione.

Con un voto di plauso al Comitato Centrale e particolarmente al gen. Giardino si è chiusa l'importante seduta.

Esposizione Medica Internazionale.

In occasione delle « Journées Médicales » di Bruxelles (27-30 giugno 1926) viene organizzata in questa città un'Esposizione internazionale delle Arti e delle Scienze applicate alla Medicina, Chirurgia, Farmacia e Igiene sanitaria. Sarà ripartita in 5 classi, di cui una, la 3ª, destinata alle pubblicazioni mediche (periodici, libri e biblioteca).

La direzione commerciale dell'Esposizione è affidata al sig. R. Lépine, rue Vézelay 3, Paris (8me).

Nella stampa scientifica.

Il « Bollettino della Società di Biologia Sperimentale » raccoglie i resoconti della Società, la quale ha numerose Sezioni: a Napoli, Pavia, Palermo, Catania ecc., quasi tutte molto attive.

La pubblicazione attesta un poderoso risveglio di tali studi nel nostro Paese. È edita in dignitosa veste tipografica.

La redazione e l'amministrazione hanno sede presso il segretario generale della Società, l'illustre e attivissimo prof. Filippo Bottazzi, in Napoli (52), via S. Andrea delle Dame, 25.

Ci compiacciamo vivamente di questa iniziativa, alla quale auspichiamo successo.

L'Ambulatorio fototerapico "Filippo Cremonesi".

Il 26 maggio, nella circostanza dell'onomastico del Governatore di Roma sen. Cremonesi, fu inaugurato l'Ambulatorio Fototerapico per fanciulli rachitici, al quale è stato dato il nome di « Filippo Cremonesi ». L'ambulatorio ha una splendida ed ampia sede al Viale Manzoni 8. Esso è sorto per iniziativa dei dipendenti municipali sotto la guida del segretario generale comm. Mancini. L'idea si è sviluppata e concretata, sotto la perspicua direzione del prof. Pio Pediconi, rettore per l'igiene, e ad opera dei proff. Pecori, direttore dell'ufficio stesso, Serena, direttore delle istituzioni di terapia fisica dipendenti dal Governatorato, e comm. avv. Bruno, direttore amministrativo del detto ufficio. I lavori sono stati eseguiti e il macchinario è stato acquistato con le oblazioni volontarie di tutto il personale capitolino, compresi i salariati: oblazioni, di cui molte sono state rilevanti.

Una vera folla di autorità scientifiche, amministrative, didattiche, dello Stato, della Provincia, di Enti parastatali, del Comune assistè alla cerimonia inaugurale. Parlò il comm. Mancini; rispose ringraziando il sen. Cremonesi. Dopo vi fu la visita ai reparti. Il prof. Serena eseguì esperimenti pratici col sole di alta montagna sopra alcuni fanciulli.

Fra gli intervenuti notati il prefetto d'Ancora, il comm. Vitelli, presidente degli Ospedali Riuniti, il gen. Baduel, direttore generale della Croce Rossa Italiana, il medico provinciale dott. Sirleo, i clinici proff. Ascoli, Alessandri, Dalla Vedova, Valagussa, medici primari di Ospedali ed altri sanitari. Erano anche presenti varie suore addette agli Istituti del Governatorato ed elette signore.

Tutti i convenuti rimasero ammirati della proprietà, igiene ed eleganza dei locali e degli arredamenti.

Gratuità del servizio d'urgenza all'Ospedale Maggiore di Milano.

Una deliberazione del Consiglio Ospitaliero di Milano, su proposta del presidente avv. Lanfranconi, ha restituito alla Guardia dell'Ospedale Maggiore le sue antiche tradizioni benefiche, disponendo che le prestazioni siano sempre gratuite.

Colonia marina italiana in Egitto.

Sulla spiaggia di Porto Said è stata fondata sin dall'anno scorso una colonia marina della Croce Rossa Italiana che nel suo primo anno di vita ha già ospitato una trentina di bimbi poveri di Porto Said, per circa tre mesi.

Quest'anno, ampliando la sua sede, ospiterà anche bambini del Cairo e di altre città dell'Egitto.

La Delegazione di Porto Said della C. R. I. fa noto che preparati ricostituenti adatti per bimbi da 5 a 13 anni, sarebbero graditi ed utili e che ogni spedizione deve essere indirizzata al Consolato italiano di Porto Said.

La Croce Celeste.

È questo il simbolo scelto dall'Associazione Nazionale per la diffusione della cultura per una delle branche della sua attività, diretta specialmente alla propaganda di igiene in mezzo al popolo.

Campo d'azione saranno particolarmente i piccoli Comuni dove pure non manca la buona volontà di fare, ma non sempre si trova l'energia di iniziare e di perseverare in quelle forme associative da cui il bene può scaturire.

La Croce Celeste provvede anche all'assistenza a domicilio delle madri povere e della prima infanzia; già in parecchi paesi della Calabria si è provveduto a fornire le puerpere di viveri e di corredini per neonati; già sono arrivati apparecchi cinematografici e sono state proiettate pellicole di igiene che il medico condotto ha illustrato e commentato nel modo più efficace.

Il finanziamento è fatto da offerte spontanee, anche piccole, con le quali in ogni Comune si forma la « Cassa Sociale », che è del tutto autonoma e provvede solo ai bisogni del paese in cui è stata fondata.

La Croce Celeste sarà costituita perciò dal fascio delle opere di assistenza sociale igienico-educativa di ogni piccolo comune; ed ha già stabilito rapporti di collaborazione con altri enti, quali l'Istituto italiano di igiene, assistenza e previdenza sociale, l'Opera Nazionale del Dopolavoro, l'Ente Nazionale per l'educazione fisica, ecc.

Di questa provvida istituzione, a cui non può mancare un brillante avvenire, è presidente onorario S. E. Luigi Rava, presidente effettivo S. E. il generale di Corpo d'armata Augusto Fabbri, consulente per l'igiene il maggiore medico Giovanni Perilli.

Ha sede in Roma, via dell'Umiltà, 79 (palazzo Sciarra).

Onoranze a Carlo Richet.

Il 22 maggio è stato solennemente celebrato il giubileo del prof. Carlo Richet nel grande anfiteatro dell'Accademia di Medicina di Parigi. Il decano della Facoltà Medica, prof. Roger, parlò dell'opera geniale e multiforme di questo sommo scienziato, cui l'umanità va debitrice di scoperte fondamentali, dalla sieroterapia all'anafilassi. Furono letti indirizzi di ammirazione e di augurio da delegati di Università e di Corpi scientifici di quasi tutte le Nazioni.

L'Istituto del cancro di Parigi.

Con decreto del Presidente della Repubblica francese, inserito nel *Journal Officiel* del 12 maggio, è approvato un progetto di convenzione, intervenuta tra il decano della Facoltà medica dell'Università di Parigi e l'on. Strauss, presidente del Consiglio d'amministrazione della Fondazione per il perfezionamento dell'Istituto del cancro, allo scopo di collegare questa istituzione alla Facoltà suddetta.

Scuola d'Ostetricia in Catanzaro.

È stata istituita nella città di Catanzaro una scuola di ostetricia, a totale carico di quella provincia.

Censimento degli alienati negli Stati Uniti.

Gli alienati negli Stati Uniti durante gli ultimi 45 anni sono stati in aumento impressionante: mentre nel 1880 erano 40,942, raggiunsero nel 1910 la cifra di 187,791, e nel 1923 di 267,617. La proporzione risulta di 241.3 su 100,000 abitanti. La maggior parte è costituita da individui di razza bianca. Fra le diverse forme di pazzia la demenza precoce tiene il primo posto col 43 %, seguono la psicosi maniaco-depressiva, le psicosi senili, le varie forme di paranoia, la paralisi progressiva ed in ultimo le psicosi alcooliche. La paralisi progressiva ha subìto in questi ultimi anni un aumento; invece le psicosi alcooliche sono di molto diminuite; difatti erano 19.1 % nel 1910, e attualmente sono 3.8 %; ciò che depone per la bontà della legge proibizionista.

Un centro medico nel Congo.

La Fondazione Medica dell'Università di Lovanio ha deciso di stabilire nel Congo un nuovo centro medico, che risulterà di un ospedale con due medici, di un laboratorio di ricerche affidato a un dottore in scienze naturali e di una scuola per infermiere; in seguito verrà stabilita una scuola per ausiliari. Il Centro sorgerà a Kisantu, presso la Missione che da un trentennio è diretta dai gesuiti belgi, la quale si è impegnata a dare la sua cooperazione.

La C. R. I. premia l'atto generoso di una infermiera.

I giornali hanno recentemente reso noto che l'infermiera Erminia Ciriachi, prestando servizio nell'Ospedale di S. Giovanni di Roma, offrì il suo sangue per trasfonderlo in una malata, affetta da grave forma di anemia che ne minacciava la vita.

In seguito a ciò il presidente della C. R. I., marchese Carlo Centurione Scotto, ha conferita alla infermiera Erminia Ciriachi la medaglia di bronzo al merito della Croce Rossa Italiana, « la quale — dice il telegramma di comunicazione — sente la nobiltà della missione sociale dell'infermiera e con ogni suo mezzo la incoragga, la protegge e la onora ».

Nuova vittima della scienza.

Il dott. LUCIANO CORDA, di Oristano (Cagliari), sanitario studiosissimo, aiuto alla cattedra di anatomia patologica nell'Università di Siena, dopo aver proceduto il 19 maggio alla sezione anatomica di un cadavere, fu colto da gravi sintomi d'infezione da virus cadaverico. Appena si ebbe la certezza dell'infezione, che erasi localizzata alla gamba sinistra, il medico venne operato, ma purtroppo non fu possibile evitare la catastrofe: la nuova vittima del dovere è morta nelle prime ore del 23 maggio, fra il compianto di tutti i colleghi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Morgagni, 18 ott. MERLINI. Le siero-diagnosi dei tumori maligni.

Liguria medica, ott. — PERTUSIO. Poliomielite lenta causata da una puntura di zanzara.

Deut. Med. Woch., 30 ott. — C. PRAUSNITZ. Le basi della ricerca epidemiologica. — W. FLASKAMP. Amenorrea artific. temporanea nelle flogosi annessiali.

Mediz. Klinik, 30 ott. — E. RUTHIN. Igiene dell'orecchio. — W. SCHUTZ e L. JACOBOWITZ. L'agranulocitosi.

Bull. Méd., 28-31 ott. — Numero sulle vie biliari.

Gaz. d. Hôp., 31 ott. — L. POLLET. I metodi grafici in patologia cardiaca.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — Numero sulla tbc. polm.

Paris méd., 22 ott. — MERKLEN, WOLF, FROELICH. La meningococcemia. — RATHÉRY. La puntura lombare nei diabetici.

Le Scalpel, 24 ott. — DUWE. I risultati dell'elioterapia artificiale. — BOISSON. L'idronefrosi intermittente.

Presse méd., 24 ott. — AUBERTIA e MUSSO. La scomparsa degli eosinofili nella polinucleosi infettiva.

Soc. méd. d. Hôpitaux, 16 ott. — ALAJONANINE, LAGRANGE e BARUK. Tumore della ghiandola pineale diagnosticato nell'adulto.

Bull. méd., 21-24 ott. — LYON. La diagnosi dell'appendicite cronica. — HUMBERT. L'poterapia dei disturbi psicopatici e nutritivi delle zitelle.

Gazette d. Hôpitaux, n. 84. — CESTAN. Tensione arteriosa e senilità. — AUVRAT. Cisti idatide del pancreas.

Rev. de Chirurgie, n. 8. — MOCQUOT. La radiologia della cavità uterina. — BOJOVITCH. La simpatectomia pericarotidea nel trattamento dell'epilessia essenziale.

Ann. Inst. Pasteur, ott. — WOLLMAN. Ricerche sulla batteriofagia. — BOEZ. I virus filtrabili dell'influenza e della coriza acuta. — SCALTRITTI. La batteriolisi del gonococco.

Journ. méd. français, sett. — Numero monografico sulla terapia con i raggi ultra-violetti.

Trop. Med. and Hyg., 15 ott. — BYLIS. Sulla identità del Gongylonema subtile Alessandrini.

British med. Journ., 24 ott. — MOTT. Ereditarietà e mal. mentali. — MAC CORMEC. Sensibilizzazione e desinsibilizzazione nelle mal. cutanee.

Am. Journ. med. Sciences, ott. — MEYER. Parassiti intestinali e cancro. — SHATTUCK, BROWNE e PRESTON. Le prove per la funzionalità epatica. — DU BRAY. Rapporto fra peso del corpo e stato di salute.

Lancet, 24 ott. — CASHING. La terza circolazione ed i suoi vasi. — DAY. Nefrite egiziana ed infez. intestinale. — CLARKE. Catarri respiratori nei bambini.

Boston Med. and Surg. Journ., 15 ott. - JOSLIN. La riduzione nella mortalità per diabete. — VAN HOOK. La chirurgia dell'ernia addominale. — BARBER e MILLER. Appendicite durante il parto. — HOLMES e PIGOTT. Le vitamine dell'olio di merluzzo.

Amer. medicine, sett. — WALTON. Nuovi gas da guerra. — HEINECK. Complicazioni della tiroidectomia.

Archivos de Med. Cirugia y Esp., 24 ott. — BERGARECHE. Cisti idatide aperta nelle vie biliari.

Rev. espanola de Med. y Cyr., ott. — TORRA. La crenoterapia in ginecologia. — MACDONALD e BUENDIN. La crisi viscerale e gli edemi angioneurotici.

Folia gynaecologica, fasc. 3. — MOMIGLIANO. I lipoidi nei cistomi ovarici e paraovarici. — BRUGNATELLI. Le psicosi puerperali.

Ann. oftalmologia, nov. — FAVALORO. Sindromi oculari gravi di origine ipofisaria e paraipofisaria. — MAGGIORE. Le vie lacrimali e l'angolo palp. int. nel tracoma inveterato.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Sommari di Fascicoli dei periodici di nostra Edizione:

" IL POLICLINICO "

SEZIONE MEDICA
diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Il fascicolo 6 (1° Giugno 1926) contiene:

LAVORI ORIGINALI:
I. - F. GIANNULI: Glioma del parieto-pontino dell'emisfero cerebrale destro.
II. - F. COSTANTINI: La sindrome talamica. Contributo clinico ed anatomo-patologico.
III. - M. GORTAN e G. SAIZ: Encefalografia e lipjodol ascendente.

COMMENTI:
F. LA CAVA e T. PONTANO: A proposito della relazione del prof. Pontano su l'« ascesso epatico amebico ».

SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI

Il fascicolo 6 (15 giugno 1926) conterrà:

LAVORI ORIGINALI:
I. - R. ALESSANDRI: Sui tumori pulsanti delle ossa ed in modo speciale sulle metastasi di ipernefromi nello scheletro.
II. - C. COLUCCI: Contributo clinico alla cura cruenta delle fratture dell'estremo inferiore omerale nella pratica infantile.
III. - A. PICCINELLI: Su di un tumore misto congenito del mesentere.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO DELL'UNA O L'ALTRA SEZIONE L. 5.

I non abbonati a dette Sezioni Medica o Chirurgica potranno riceverli inviando il rispettivo importo mediante vaglia postale, al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - Roma.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

Il fascicolo 4 (aprile 1926) contiene:

Lavori originali: T. LUCHERINI e M. BUFANO: La glicemia nelle cardiopatie scompensate e compensate.

Rivista sintetica: G. MELDOLESI: Sul meccanismo di azione dei nervi cardiaci: nuove vedute sulla possibilità di una regolazione umorale dell'attività cardiaca.

Rassegne, Riviste, Congressi: **Clinica**: Ricerche sulla prova di Kauffmann. — La fragilità della sindrome anatomo-clinica delle miocarditi e le cause dell'insufficienza detta primitiva. — L'uso delle dosi massive di digitale. — Il cuore a corazza. — Il significato delle extrasistoli nell'infanzia. — La malattia di Ayerza-Arrillaga. — **Fisiopatologia**: Ipertensione. — Persistenza del condotto arterioso. — Ricerche sperimentali sulle vie afferenti cardio-aortiche e sulla dimostrazione dell'esistenza nel nervo depressore.

Abbonamento per il 1926: Italia L. **32**; Estero L. **45**. Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia L. **25**; Estero L. **38**. Un fascicolo separato L. **3,50**.

N. B. Ai nuovi abbonati del 1926 a « Cuore e Circolazione » si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico « Le Malattie del cuore » nonché 1924 e 1925 di « Cuore e Circolazione » per sole L. **95** se in Italia, e per sole L. **125** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI
Via Sistina, n. 14 — ROMA.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta dal prof. **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il fascicolo 6 (Giugno 1926) contiene:

Terapia: L. CASTELLANI: Il bleu di metilene nella cura di alcune affezioni dell'orecchio e delle prime vie respiratorie.
Esperimenti e saggi: F. CAMPO: Sul comportamento dei tessuti delle fosse nasali in seguito all'asportazione delle glandole lacrimali e all'impedito deflusso del loro secreto.
Raccolta di fatti: G. ZANNI: Micosi primitiva tonsillare e faringea da Acremonium Potroni.
Pratica ospedaliera: V. GALLINA: Un caso di pseudo-croup.
Ricerche di laboratorio: D. D'AMICO: Note istochimiche sulla colorazione nucleare con l'ematossilina.
Recensioni: Innesti di cartilagine costale nella laringe. — Sopra un caso di tachipnea e sulle nevrosi respiratorie in genere. — Sindrome mediastinica in laringologia. Aneurisma asmatico. — Reperto di spirochete nella membrana timpanica e nel tratto periferico del nervo acustico dei feti eredo-luetici. — Sulla calcolosi del dotto di Stenone. — L'incisione da preferirsi per lo svuotamento dell'adeno-flemmone sottomascellare. — Sindromi simpatiche ed endocrino-simpatiche in otorinolaringoiatria. — Accrescimento puberale delle cartilagini laringee nel ratto albino. — Su alcuni casi di tumori in rapporto all'apparato dentario. — Saggio di esiti lontani (da 6 a 13 anni) nella radioterapia delle adeniti tubercolari. — Periostite acuta della mastoide e mastoidite durante il decorso delle otiti medie acute purulente dell'infanzia. — Le irritazioni o compressioni del ricorrente laringeo possono essere legate a cause incospicue. — Alcuni rilievi clinico-statistici sui tumori maligni delle prime vie respiratorie. — Deformità del collo per malformazioni embrionali. Cisti e fistole congenite. — Il problema del cancro. — Necrosi totale della mandibola da osteomielite acuta.
La nota storica: L. CASTALDI: Il canale naso-lacrimale secondo Giovan Battista Bianchi (1715).
Domande dei lettori.
Notizie e questioni.

Abbonamento per il 1926: Italia L. **32**; Estero L. **45**. Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia L. **25**; Estero L. **38**. Un fascicolo separato L. **3,50**.
N. B. — Ai nuovi abbonati del 1926 a « Il Valsalva » si concede l'intera prima annata (1925) del periodico stesso, per sole L. 20 se in Italia e per sole L. 30 se all'Estero, in porto franco.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI
Via Sistina, n. 14 — ROMA.

LA CLINICA OSTETRICA

PERIODICO MENSILE
di ostetricia, ginecologia e pediatria, per i medici pratici
diretto dal prof **PAOLO GAIFAMI**

Il fascicolo 5 (Maggio 1926) contiene:

Lavori originali: V. ARTOM DI SANT'AGNESE: Curieterapia del cancro del collo uterino e del canale cervicale. — F. POMINI: Le cure diatermiche ed i raggi ultravioletti in ginecologia. — C. RUBBIANI: Per la terapia delle erosioni del collo dell'utero. — F. TALIA: L'actino- e diatermo-terapia dell'amenorrea costituzionale. — R. BOMPIANI: Il salasso ripetuto quale mezzo sussidiario nella terapia di alcuni disturbi inerenti ad alterata funzione mestruale.
Resoconti di Congressi: Curieterapia del cancro dell'utero al VII Congresso della Società internazionale di Chirurgia. — La radioterapia del cancro al Congresso dei ginecologi francesi (ottobre 1925).
Dalle riviste: **Ginecologia**: Sulla patologia e terapia dei tumori ovarici maligni. — Trattamento del cancro inoperabile dei genitali femminili. — Radioterapia del cancro del collo. — Irradiazione nei miomi e nelle metropatie emorragiche. — Roentgenterapia nella tubercolosi genitale. — L'uso della diatermia e della lampada di quarzo nelle operazioni addominali. — La diatermia endouretrale e vaginale. — Un metodo semplice di cauterizzazione del collo. — Terapia ultravioletta delle ragadi del capezzolo. — **Ostetricia**: Sterilizzazione temporanea mediante Radium. — Irradiazione ed alterazioni di sviluppo dell'embrione. — **Pediatria**: Azione dannosa diretta ed indiretta delle irradiazioni Roentgen sul feto. — Presunte lesioni al feto da raggi X. — Cibi irradiati nel trattamento del rachitismo. — **Note di biologia**: Fondamenti biologici della radioterapia del cancro. — La radioterapia nei rapporti reciproci tra le ghiandole a secrezione interna nel climaterio. — Modificazioni istologiche in seguito all'applicazione terapeutica dei raggi Roentgen nel cancro. — Influenza di piccole dosi Roentgen sulle ghiandole sessuali femminili.
I libri
Note di medicina sociale: La propaganda contro il cancro.
Varietà: Influenza della luna sul parto. — Lo sperma e la fecondazione artificiale.
Notizie.

Abbonamento per il 1926: Italia L. 32; Estero L. 45. Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia L. 25, Estero L. 38. Un fascicolo separato L. 3.50.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI
Via Sistina, n. 14 — ROMA.

ANNO XXXIII Roma, 14 Giugno 1926 Fasc. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI PRATO - TURNO CHIRURGICO.
Primario chirurgo: dott. LORENZO MENABUONI.

Pseudo-appendicite da rara malformazione della piega ileoappendicolare.

Dott. AURELIO DAMI, aiuto chirurgo.

Tra le forme morbose della fossa ileo-ciecale il primato per frequenza spetta senza dubbio all'appendicite; ed è questa la diagnosi che più correntemente viene formulata dai medici e che dà luogo a frequenti sorprese al tavolo operatorio ove in numerose presupposte appendiciti, niente di flogistico viene riscontrato a carico del processo vermiforme dimostrandosi invece che la lesione erroneamente diagnosticata, risiedeva nei più svariati visceri addominali.

Errori diagnostici, spesso evitabili e dovuti talvolta alla facilità con cui la mente del medico riposa sulla sentenza « appendicite », quando ci si trova di fronte ad una affezione della regione ileo-ciecale, tal'altra alle difficoltà veramente aspre che si incontrano per formular un giudizio diagnostico, quando, specialmente all'inizio di certe forme morbose, il quadro clinico non si riveli chiaro nei suoi contorni e sia necessario emettere una diagnosi di probabilità.

Questo non avviene nelle forme acute o per lo meno acutissime in cui la sintomatologia spicca così netta che è ben difficile commettere un errore, ma più nelle forme croniche, specie se croniche *ab initio* (Longo), in cui la incertezza dei sintomi fa domandare al ricercatore se l'affezione appartiene veramente all'appendice o ad altre porzioni prossime o lontane del tubo intestinale o ad organi affatto diversi. Così nel concetto clinico le varie forme morbose che più facilmente simulano la sindrome appendicolare cronica sono: la tiflite stercoracea, il cieco mobile ed ectasico, la pericolite membranosa di Jackson e la flessura dell'ileo di Lane; l'enterocolite muco-membranosa a decorso cronico.

Recentemente abbiamo avuto occasione di osservare altri due casi in cui si poteva porre diagnosi di appendicite: e cioè calcolosi ureterale destra con colica ureterale, di cui anche Frugoni espone un caso, e quello che sarà oggetto di questa nota e che senz'altro espongo.

M. R., di anni 27, coniugata con prole: a 12 anni soffrì di reumatismo articolare acuto con endocardite da cui residuò una stenosi mitralica. Nel dicembre 1920, dopo un lungo periodo di disturbi intestinali vaghi, con stipsi, lievi dolori addominali, fu colta da violenta crisi colica con sede nel quadrante inferiore destro dell'addome, chiusura dell'alvo, conati di vomito, ventre molto teso; non febbre.

Accolta in ospedale, fu diagnosticata una colica appendicolare per cui la M. fu sottoposta ad una opportuna cura sintomatica, tanto che, dopo tre giorni, cessati i dolori e riapertosi il circolo intestinale, la paziente volle tornare al proprio domicilio.

Dopo un periodo di discreto benessere in cui era disturbata da un irregolare funzionamento dell'intestino, nel gennaio 1924 la M. fu colta nuovamente, dopo alcuni giorni di mancato svuotamento — senza nessuna causa apprezzabile, — da un nuovo attacco di colica simile alla precedente pure senza febbre, per cui essa, cognita dell'esperienza passata, non ricorse al medico. Cessata la colica le rimase sempre una dolenzia vaga al quadrante inferiore destro dell'addome con stipsi più marcata tanto che non poteva assumere cibi grossolani, la fossa iliaca destra era più tumefatta, dolente alla pressione, sede di borborigmi e di una tumefazione che talvolta si apprezzava ed altre no. Dolente quasi constantemente il punto di Mac-Burney. Consultati vari sanitari fu emessa la diagnosi di appendicite cronica secondaria a coliche appendicolari e consigliata la cura chirurgica.

E. O. Donna in scadenti condizioni generali. Sdoppiamento del primo tono cardiaco sulla punta e soffio presistolico; addome leggermente tumido, palpazione dolorosa alla regione ileo-ciecale ove si apprezza una resistenza diffusa: negativo l'esame ginecologico e quello delle urine, alvo stitico, apiressia. Colla diagnosi di appendicite cronica viene sottoposta ad atto operativo: morfio etero narcosi, operatore dott: Menabuoni. Laparotomia pararettale destra: aperto il peritoneo si esplorano il cieco e l'appendice che appaiono in sede e rapporti normali. L'appendice libera e mobile, di calibro regolare, non presenta nessuna traccia di flogosi antica o recente; solo nella parte mediana del suo mesenteriolo è un leggero ispessimento senza angolature nè retrazioni. Stirando il cieco lateralmente si vede che un'ansa del tenue si è insinuata e fissata nell'angolo compresa tra il cieco a destra e l'ileo nella sua porzione terminale a sinistra e dorsalmente ed una piccola lamina peritoneale anteriore, (vedi figura n. 1). I rapporti stabilitisi fra le due branche — afferente ed efferente — dell'ansa accollate fra di loro a canne di fucile, e le parti suddette sono assai tenaci per cui non si può estrarre l'ansa stirandola dall'alto, ma per liberarla è necessario aprire la lamina peritoneale anteriore e disseccare le tenui aderenze che si sono formate fra il peritoneo dell'ansa e delle parti che la rinchiudono. Tolte le aderenze ed asportata l'appendice si chiude il ventre. Decorso post-operatorio normale. G. P. P.

FIG. 1. — Schematica. Disposizione anomala della piega ileo-appendicolare con ernia di un'ansa del tenue.

La anatomia della regione ileo-cecale ed appendicolare fa rilevare la presenza di varie fossette: retro cecali e retro appendicolari; le fossette retro cecali sono due: fossetta cecale superiore od ileo cecale superiore o fossetta cecale inferiore o ileo cecale di Valdeyer o ileo appendico-

lare di Jonesco (fig. 2). « Questo recesso costante, come dice il Chiarugi, trovasi alla parte inferiore dell'angolo ileo cecale ». Il Testut nel suo trattato di anatomia scrive che per scoprire questa piccola fossetta è necessario spostare in alto l'ileo ed in basso il processo vermiforme. Questa fossetta ileo appendicolare è determinata dalla presenza di una piega peritoneale (plica ileo appendicolare) che nasce in alto sul margine libero dell'ileo e si fissa in basso sul lato interno del cieco e sul margine superiore del processo vermiforme. Il suo margine libero rettilineo o semilunare circoscrive in avanti l'entrata della fossetta. Questa ha una forma di piramide triangolare con una base, un apice e tre pareti; la base corrisponde all'ingresso della fossetta e guarda in basso a sinistra e permette, secondo i casi, l'ingresso ad uno o due dita.

Nel nostro caso la lamina peritoneale corrispondente alla piega ileo appendicolare aveva assunto la forma di una benderella quasi rettangolare, lunga centimetri quattro, larga in media uno e mezzo dello spessore di due millimetri, e tesa trasversalmente tra ceco e faccia anteriore dell'ileo sì da formare un piccolo ponte sotto cui si insinuava l'ansa del tenue. Questa lamina peritoneale che corrisponde per posizione alla piega ileo appendicolare descritta, ne differisce anatomicamente pel fatto che non era saldata in alto sì da chiudere il recesso, ma poteva lasciare dall'alto e dal basso libero adito ad anse che vi si introducessero.

Solieri illustra varie modalità di malformazione della piega ileo cecale che non ha una disposizione costante ma può mancare o ridursi ad una sottile lamina fibro adiposa che retraendosi

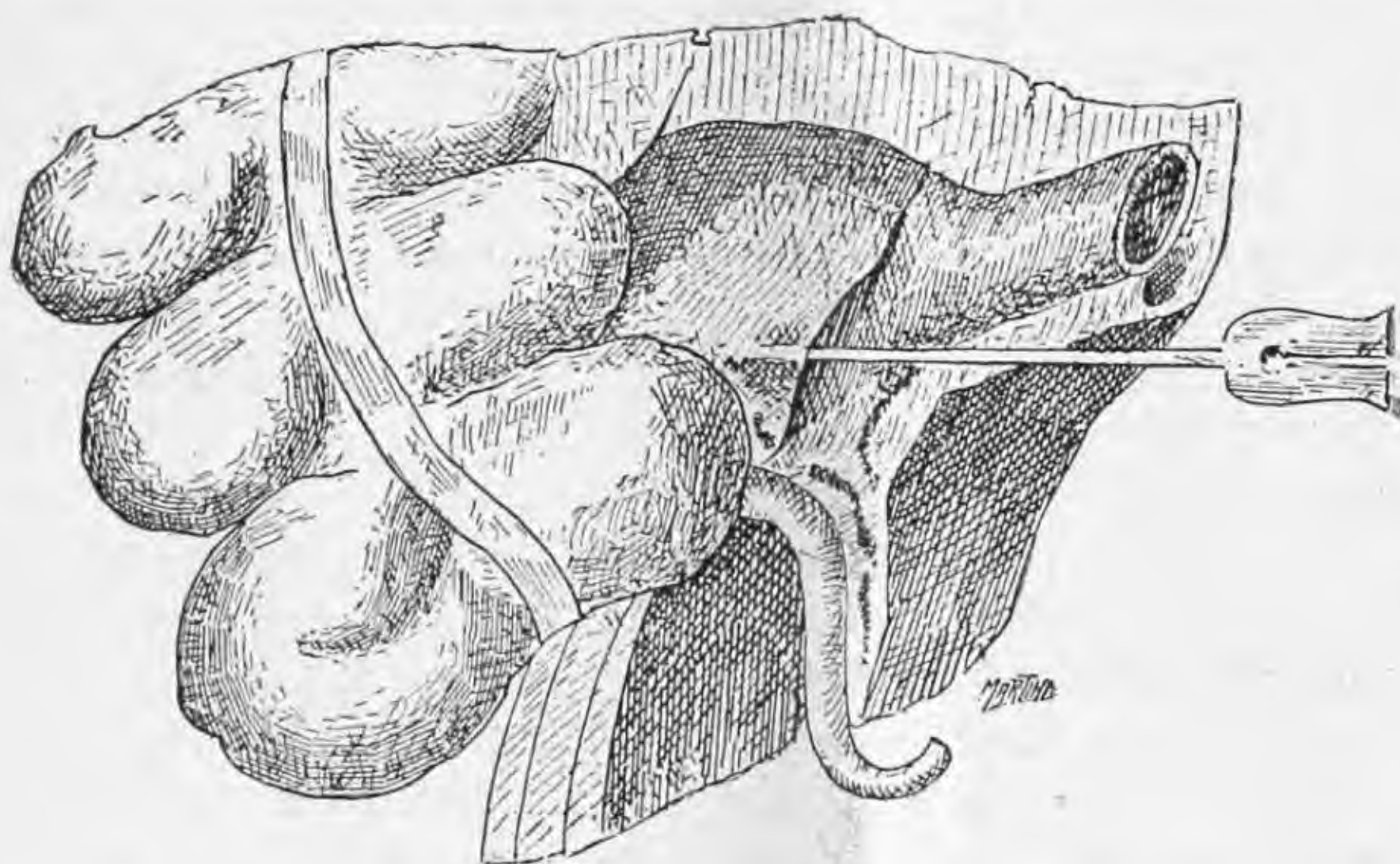



FIG. 2. — Disposizione normale della piega ileo-appendicolare. Dal TESTUT, *Trattato d'Anatomia*.

per flogosi localizzate o circostanti può addossare la porzione terminale dell'ileo al ceco dando disturbi di maggiore o minore gravità al circolo enterico, disturbi che hanno appunto formato lo studio del Solieri.

Questa è la disposizione normale della plica; ne risulta che la fossetta da essa delimitata può essere sede di ernie interne come tutti gli altri recessi peritoneali consimili in cui possono introdursi anse intestinali, ivi fissarsi assumendo la configurazione ed il nome di ernie interne con tutte le caratteristiche patologiche che sono legate alla formazione dell'ernia stessa.

Riferendoci al concetto classico delle ernie in cui dobbiamo considerare come elementi necessari alla loro formazione: 1) un viscere (contenuto); 2) un sacco (contenente), non potremo a rigore dei termini parlare di ernia nel nostro caso, perchè manca del tutto il sacco, o per lo meno manca anche quel cavo che può rappresentare la funzione del sacco come si trova nelle cosidette ernie interne (ernie retrocecali del Rieux o delle fossette ileo ceco appendicolari sup. ed inf.) che presuppongono per lo meno la tasca peritoneale in cui l'intestino vada ad innicchiarsi.

Tornando al caso nostro nella M. si ebbero a varie riprese disturbi addominali a tipo colico che furono interpretati in primo tempo come coliche appendicolari; disturbi transitori a risoluzione favorevole e rapida che ad una considerazione postoperatoria vanno invece riavvicinati nella loro patogenesi più a fatti di strozzamento od incarceramento erniario, che si producevano dopo un periodo di stipsi quando il contenuto intestinale si accumulava nel tratto per così dire erniato, ed i gas enterici venivano a dilatare l'ansa che rimaneva compressa tra i legami circostanti; e per la posizione speciale di questa ansa erniata e legata nella zona appendicolare, e per lo stiramento a cui era sottoposta la lamina peritoneale ileo ap-

pendicolare, il dolore, che trovava la sua origine in una vera e propria strozzatura intestinale, veniva riferito all'appendice essendo infatti sensibile alla pressione ed accusato spontaneamente dall'ammalata il punto o la zona compresa tra i punti di M. Burney e di Lanz.

Quando per le cure mediche — specialmente in virtù degli opiacei — prodigate, la canalizzazione intestinale si ristabiliva nella quiescenza della peristalsi attiva che tentava di forzare l'ostacolo rappresentato dalla stretta gomitatura dell'ansa erniata, ecco che la colica cessava e la sindrome pseudo-appendicolare (vomito, meteorismo, tumefazione del quadrante inferiore destro dell'addome) si dileguava, ma a lungo andare con ripetizioni successive di piccole coliche, l'ansa prima libera, forse, in seguito ai ripetuti attacchi, per fatti di flogosi localizzata, aveva fissato domicilio nella fossetta ileo appendicolare stabilendo aderenze connettivali lievi col peritoneo dei segmenti intestinali circostanti, il che spiega la permanenza del modico dolore nella sede ceco appendicolare anche nei periodi di quiescenza e la coorte dei sintomi prima descritti.

La forma morbosa con cui più si confondeva la affezione da noi osservata è certamente l'appendicite cronica secondaria all' appendicite acuta, mancando troppi sintomi per correre alla diagnosi delle affezioni similari citate da principio e cioè membrane pericoliche di Jackson, flessura di Lane ceco mobile e tifloectasia, perchè queste possano portarsi sulla bilancia del diagnostico differenziale; ed è anzi da domandarsi in primo luogo se nella M. fosse coesistenza delle due forme morbose, cioè della anomala disposizione dell'intestino e della flogosi appendicolare cronica. Microscopicamente l'appendice non presentava nessun segno di alterazione, anche lieve; essa appariva di calibro e lunghezza normale, senza noduli nè durezze speciali nè modificazioni della sierosa che fossero indice di reliquati di flogosi sofferta pregressa, vi era solo una piccola retrazione del suo mesenteriolo, espressione questa di un processo flogistico di assai modica entità svoltasi negli annessi appendicolari, cioè a lievi fatti di peritonite localizzata svoltasi nelle zone viciniori all'ansa incarcerata dal legamento ileo appendicolare.

I sintomi clinici non permettevano di arrivare ad una precisa diagnosi, nè nel periodo acuto della colica in cui sede di dolore, meteorismo, vomito, chiusura dell'alvo, inquadravano perfettamente nella cornice dell'attacco appendicolare acuto di media acuzie, nè nel periodo cronico o di stato. Tanto che la diagnosi, sempre confermata nelle due fasi della malattia, fu quella di appendicite; e come sempre accade (D'Este) nelle forme di occlusione da ernia interna in cui la vera diagnosi rappresenta una sorpresa operatoria, anche nel nostro caso solo l'intervento chirurgico chiarì la natura dei fatti morbosi. Un sintomo solo poteva avere un valore decisivo nella diagnosi differenziale, cioè la febbre, che nelle forme croniche o sub-croniche (e tanto meno nelle acute) non manca mai, anche modica, specialmente sotto gli stimoli del cibo degli evacuanti alvini od altri stimoli minimi che possono risvegliare quello stato di microbismo latente che sta a rappresentare i reliquati del processo acuto svoltosi in sede appendicolare. La radiografia poco aiuto poteva dare, e pur avendosi assai frequentemente la immagine radiografica del verme, noi non possiamo pretendere allo stato attuale che tale mezzo d'indagini possa darci (come dice il Busi) la misura precisa dello stato morboso di essa, e nel nostro caso l'esame al clisma opaco avrebbe potuto servire a eliminare la diagnosi di alterazione di forma, di volume e di sede del cieco o del colon, la presenza di briglie o membrane pericoliche, ma non avrebbe potuto illuminare sulla situazione di una singola ansa del tenue.

Così come conclusione di questa nota, oltre la non comune disposizione anatomica della regione studiata, è da rilevare che negli interventi per occlusioni intestinali a sede ignota, o per affezioni del quadrante inferiore destro dell'addome, la cui eziologia rimanga dubbia, e per cui le più svariate ipotesi diagnostiche possano essere formulate, è doveroso ricorrere ad un'attenta esplorazione della fossa ileo cecale in cui si può avere la risoluzione di un penoso quisito diagnostico che potrà, con una sorpresa chirurgica, portare un nuovo contributo di luce alla proteiforme patologia dell'addome.

BIBLIOGRAFIA.

CHIARUGI. *Istituzioni di anatomia dell'uomo.*
TÉSTUT. *Anatomia normale.*
TÉSTUT-IACOB. *Anatomia topografica.*
LECITA. *Aderenze pericecali e pericoliche.* Policlinico, Sez. Chir., 1914.
LONGO. *Pseudo appendiciti.* Policlinico, S. C., 1915.
FRUGONI. *Su di una particolare sindrome pseudo occlusiva.* Policl., Sezione pratica.
SOLIERI. *Deformità congenite ed acquisite della plica ileo ceco appendicolare causa di stenosi ileo cecale di posizione.* Archivio Ital. di Chirurgia, 1923.
WILMS. *Trattato di Chirurgia,* 3° vol.
FORGUE. *Patologia Chirurgica,* 2° vol.
QUARELLA. *Contributo alla Patologia della fossa ileo cecale.* Clinica chirurgica, 1916.
BUSI. *Diagnostica e tecnica radiologica* nel *Trattato di semeiotica* del prof. TADDEI.

OSPEDALE MAGGIORE DI PARMA - SEZIONE CHIRURGICA.
diretta dal prof. E. GARBARINI, primario.

Sopra un caso di appendicite asintomatica in un soggetto emofiliaco

per il dott. A. BONADIES, assistente.

Ritengo che sia degno di nota un caso, occorso nella sezione chirurgica di questo ospedale, di un malato ricoverato per emofilia e morto dopo 22 giorni di degenza, nel quale all'autopsia si ebbe un reperto inaspettato di appendicite perforata.

Anamnesi. — Stecconi Alberto, barcaiolo, di a. 26 da Polesine Parmense. Entra in ospedale il 9 giugno 1925. Nulla nell'anamnesi ereditaria e famigliare. Il padre sebbene vecchio è ancora vegeto e robusto. La madre non ha mai sofferto malattie degne di nota.

Il nostro p. è nato a termine, ha avuto allattamento materno ed ha trascorso la sua fanciullezza e adolescenza senza soffrire di alcuna malattia all'infuori di un'artrite al ginocchio destro sulla cui natura i parenti non sanno dirmi nulla di preciso; è guarito in poco tempo. Da allora è stato sempre bene.

Ai primi di giugno egli cominciò ad avvertire un vago senso di fastidio e un lieve gonfiore alle gengive. Si fece visitare dal sanitario del luogo il quale prescrisse collutorii disintefettanti.

Persistendo il disturbo ed essendo comparso uno stillicidio sanguigno dalle gengive il p. si recò da un dentista il quale praticò un raschiamento dei denti per asportarvi il tartaro. In seguito a questo trattamento il disturbo si accentuò sempre più tanto che il p. dovette ricorrere all'ospedale dove giunse il 9 giugno 1925.

Esame obiettivo. — Uomo di costituzione scheletrica normale. Colorito della pelle e delle mucose visibili pallido.

Le gengive superiori ed inferiori si presentano di colorito turchiniccio, cianotiche, gonfie, flaccide, tumide, dolenti e sanguinanti. I coaguli sanguigni nascondono lo stato dei margini gengivali nè si ritiene opportuno di smuoverli a scopo esplorativo.

In corrispondenza dei molari di destra si nota un ematoma sottogengivale, grande quanto una piccola noce. All'esame del cuore non si nota nulla di particolare. Polso regolare, talora frequente.

Nulla all'esame dell'apparato respiratorio. L'esame dell'addome è negativo. Alvo libero e normale. Sensorio integro. Debolezza generale.

L'unico trattamento che si imponeva nel nostro caso era quello di frenare l'emorragia gengivale intensa e preoccupante. Ed all'uopo si ricorre a tutte le varie specie di emostatici.

E precisamente si iniettano in forti dosi e quasi ogni giorno grandi quantità di coaguleno Ciba, siero normale di cavallo, adrenalina. Per os si somministra ergotina e cloruro di calcio. Si praticano iniezioni endovenose di citrato di sodio due volte al giorno (5 cmc. della soluzione al 30 %).

Questo trattamento abbastanza energico non serve a frenare l'emorragia che continua anemizzando sempre più il p.

La temperatura si mantiene sui trentasette oscillando sino ad un massimo di 37-2'.

Le condizioni del p. si aggravano ogni giorno di più: l'anemia si fa sempre più spiccata, la debolezza generale si accentua: si eleva la temperatura sino a 39.

Per cercare la causa di questa temperatura elevata, il p. viene visitato ancora dal primario prof. Garbarini: ma non si scopre nulla di nuovo all'infuori di un'anemia più grave e ingrossamento modico della milza. L'addome si mostra trattabile in tutti i suoi settori.

L'aggravamento si accentua sempre più. *Obitus* il 2 luglio dopo 23 giorni di degenza nell'ospedale.

Autopsia (dott. Verga).

Pelle di colorito pallido giallastro. Mucose visibili, pallide.

Le gengive sono coperte da coaguli di sangue. Asportati si mettono allo scoperto delle ulcerazioni interessanti la mucosa e la sottomucosa.

Sotto le pleure numerose patecchie. Parenchima aereato dovunque, edematoso ma non in grado molto spiccato, straordinariamente pallido, di colorito verdastro. Numerose patecchie sul miocardio e sull'endocardio. Nelle cavità sierose è contenuto poco sangue chiaro e coaguli bianchi e giallastri. *Aorta ipoplasica.* Cuore un po' globoso e un po' grosso. Nessuna alterazione valvolare. Miocardio estremamente pallido.

Nulla di straordinario a carico dello stomaco.

Milza grossa (8×15), capsula liscia e un po' tesa, parenchima scuro e molle.

L'*appendice* è grossa come un dito mignolo, tortuosa, adesa alla faccia posteriore del cieco e alla parete posteriore della loggia cecale. È circondata da numerose aderenze; verso l'estremità distale essa è gangrenata e ulcerata: si trova quivi quasi un cucchiaio di pus verdastro, circoscritto da aderenze sulla faccia posteriore del ceco e del colon ascendente. Per un certo tratto si trovano nella sierosa delle chiazze livide e traccie di congestione.

Diagnosi anatomo-patologica. — Anemia generale spiccatissima in soggetto con appendicite ulcero-necrotica e peritonite circoscritta.

*
* *

Il capitolo della patologia che tratta delle così dette *diatesi emorragiche* è quanto mai oscuro. Ciascun autore che si è occupato di malattie con manifestazioni emorragiche, ha stabilito una propria classificazione, (alcuni basandosi sui semplici dati clinici (emorragie, dolori articolari, ecc), altri basandosi principalmente sul quadro ematologico, altri ancora sulla patogenesi. Parrebbe quindi molto difficile una diagnosi esatta specialmente in un caso, come quello di cui sto trattando, in cui non si è potuto praticare l'esame ematologico e sierologico.

Il Rieux nel suo recente trattato « Hématologie Clinique » parlando degli stati emorragici o diatesi emorragiche fa la seguente classificazione:

1) emofilia;
2) porpora;
3) stati scorbutici.

1) *Nell'emofilia* distingue due forme cliniche: *a*) emofilia ereditaria o famigliare; *b*) emofilia acquisita o sporadica.

a) L'emofilia ereditaria si manifesta fino dalla nascita e nella seconda infanzia, raramente più tardi perchè i soggetti affetti da questa malattia soccombono prima dei vent'anni. Il minimo trauma in questi soggetti determina un'emorragia a sede diversa a seconda della regione colpita (emorragia esterna, emorragia sottocutanea, intramuscolare, intermuscolare, intra-articolare, profonda (peritoneale), emoftoe, metrorragie).

b) L'emofilia acquisita o sporadica si manifesta cogli stessi caratteri della forma precedente, ma in un'età che può essere più avanzata. L'unico elemento differenziale della prima forma clinica è la mancanza dell'ereditarietà.

Il quadro ematologico di ambedue le forme di emofilia è una spiccata anemia e il ritardo della coagulazione del sangue *in vitro*.

2) *Porpora. — L'etiologia è varia*: infettiva, tossica, criptogenetica.

Sintomatologia. — Eruzione purpurica sotto forma di petecchia di varia forma, grandezza, distribuzione, con diffusione più specialmente negli arti inferiori e superiori, ma anche in altre parti del corpo. All'eruzione purpurica possono unirsi le emorragie più cospicue (ecchimosi, ematomi). Quest'eruzione *può essere* accompagnata da epistassi, stomatorragia, ematemesi, melena, metrorragie, ecc. Sintomi anormali nella porpora sono le artropatie, la nefrite, le emorragie retiniche.

Si distinguono quattro forme cliniche di porpora:

a) Porpora fulminante di Henoc che insorge improvvisamente con febbre alta, malessere, agitazione, convulsioni ed eruzione purpurea con morte il primo o il secondo giorno;

b) Porpora acuta o subacuta. In questa forma l'autore fa entrare tutte le malattie infettive acute accompagnate da eruzione purpurea (tifo, sepsi, ecc.);

c) Morbo maculoso emorragico di Werlhoff che sopravviene acutamente con numerose ecchimosi, epistassi, stomatorragie, metrorragie, ecc.;

d) Porpora cronica vera. E' una malattia che accompagna l'individuo dalla prima infanzia fino all'età adulta che si manifesta con una tendenza a facilissime emorragie. Nei pazienti affetti da questa forma si hanno delle emorragie sproporzionate al trauma, che però non sono infrenabili nè tanto meno mortali.

3) *Stati scorbutici.* — Etiologia: avitaminosi o cause tossiche. La sintomatologia è costituita da febbre a 38°.5-39° che insorge bruscamente, dolori articolari e periarticolari, muscolari, poi vengono le eruzioni purpuree e gli ematomi.

Presso un gran numero di malati appare anche il segno detto *patognomonico* e cioè la *gengivite ulcerativa*. Raramente vi sono melena, metrorragie, epistassi, ecc.

L'anemia è spiccatissima.

L'A. distingue parecchie forme, e cioè:

a) scorbuto epidemico che si manifesta sui campi di battaglia, nei campi di concentramento di prigionieri, ecc.;

b) lo scorbuto sporadico che viene nella povera gente che si nutre scarsamente e di cibi affatto corroboranti (scorbuto dei poveri);

c) scorbuto infantile o malattia di Barlow dovuto ad allattamento artificiale con latte sterilizzato.

Volendo ora inquadrare il nostro caso nella classificazione surriportata non mi pare ci sia dubbio doversi esso ascrivere al tipo di *emofilia sporadica o acquisita.*

Si potrebbe essere tentati di pensare, a causa della gengivite ulcerativa e della anemia, allo scorbuto, ma manca la febbre alta, mancano i dolori articolari o muscolari e l'eruzione purpurea. Nè ci sono elementi che possono far pensare ad una carenza di vitamine.

Stabilita così la diagnosi di emofilia acquisita dovrei ora passare a considerare come sia potuto insorgere nel nostro paziente una appendicite e come essa sia potuta passare senza dare alcun sentore di sè.

Questo problema io credo sia inesplicabile allo stato attuale delle nostre conoscenze sull'emofilia e sui rapporti che intercorrono tra essa e le flogosi acute purulente.

L'unica spiegazione possibile, secondo me, sarebbe la seguente:

Quando nell'emofiliaco si manifesta un'emorragia infrenabile, il P. entra in uno stato grave di anemia che si va accentuando sempre più. Egli è quindi incapace a difendersi da qualsiasi infezione che l'aggredisca dall'esterno o dall'interno per la diminuita capacità di resistenza dei tessuti. Ed allora, se dei germi sono penetrati nell'organismo attraverso le ulcerazioni necrotiche delle gengive, possono essi avere prodotto, secondo la teoria ematogena di Adrian e Kretz sull'etiologia dell'appendicite, una localizzazione metastatica con primitiva lesione dei follicoli della mucosa e secondaria infiammazione flemmonosa e ulcerosa dell'appendice. Ciò ha potuto ancora di più essere facilitato da qualche stravaso sanguigno che si è potuto verificare nell'appendice e che ha facilitato l'attecchimento dei germi della suppurazione.

Nel nostro caso essendo il P. a dieta liquida dall'ingresso in Ospedale, mancavano quelle condizioni che si dice favoriscono l'insorgere dell'appendicite (formazione di un calcolo fecale; stasi

cronica nel grosso intestino; disordini alimentari, ecc.).

Resta però sempre insoluto l'altro lato del problema, e cioè l'essere il quadro morboso addominale passato inosservato, pur durando da parecchi giorni, come risulta dal referto dell'autopsia.

L'unico segno è stato la febbre che negli ultimi giorni si è elevata fino a 39°.

Ma questo sintomo non bastava da solo che a richiamare l'attenzione del medico per cercare altri sintomi che nel nostro caso sono assolutamente mancati.

E ancora nel nostro ammalato alla appendicite si è aggiunta anche una peritonite circoscritta con aderenze; ciò che pure avrebbe dovuto manifestarsi almeno con sintomi riflessi che sono proprii della flogosi peritoneale: difesa addominale; singhiozzo; collasso; polso frequente. Nel nostro caso silenzio perfetto; è mancato perfino il dolore acuto improvviso come colpo di pugnale che è patognomonico di tutte le perforazioni intestinali non esclusa la perforazione dell'appendice.

E allora, che pensare? Mantenendoci sempre nel campo delle ipotesi si può dire che l'anemia ha prodotto uno stato di stupor del sistema nervoso intestinale di tale intensità per cui non sono arrivate ai centri corticali che sensazioni molto attutite, sensazioni che sono poi addirittura scomparse dato lo stato di depressiva sensoriale e psichico in cui il nostro P. era a causa della perdita del sangue.

Possono queste spiegazioni non soddisfare, come non soddisfano neanche me; ma non per questo credo che il caso perda del suo valore, potendo servire a richiamare l'attenzione dei medici in casi consimili, e chissà che non si possano un giorno trovare delle spiegazioni plausibili.

Parma, 11 novembre 1925.

BIBLIOGRAFIA.

Ferrata. *Le emopatie*, vol. I e II.
Foà P. *Anatomia Patologica*, vol. I. *Sangue e organi emopoietici.*
A. Strümpell. *Tratt. di Pat. Med. e Terapia.*
J. Rieux. *Hématologie Clinique.*
Leube. *Diagnostica differenziale.*
Bergmann e V. Bruns. *Tratt. di Chir. Pratica*, volume III.
C. Toscano. *Le diatesi emorragiche.* Policlinico, Sezione Med., n. 6, giugno 1924.
Gamna Carlo. *Anatomia Pat. dell'app. digerente* sul Tratt. di P. Foà.
Forgue. *Compendio di Pat. Chir.*, vol. II.
Lejars F. *Exploration clinique et diagnostic chirurgical.*
Taddei. *Semeiotica chirurgica.*
Testut-Jacob. *Tratt. di Anat.*, vol. II.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Ospedale di S. Maria Bianca della Mirandola.
Direttore: Dott. Mario Merighi.

Due casi di neurite ottica

per il dott. Enrico Battoni, assistente effettivo.

Si tratta di due donne, l'una di 40 e l'altra di 43 anni, le quali presentavano fatti d'ipertensione intracranica (cefalea, vomito, papilla da stasi) e disturbi visivi (diminuzione del visus, campo visivo ridotto).

Allo scopo di stabilire l'eziologia delle due forme, sono stati eseguiti vari esami:

Caso I. — Anni 43, gentilizio negativo, quattro aborti e quattro figli viventi e sani; nell'anamnesi remota pneumonite a 32 anni; mestruazioni e menopausa normali. La forma iniziò cinque mesi prima con obnubilazioni passeggere seguite da un progressivo abbassamento della vista, ebbe cefalea e vomito a varie riprese.

Esame obbiettivo: stato di nutrizione buono, adiposità spiccata delle braccia, coscie, natiche; adipe scarso agli avambracci e gambe, scarsissimo ai piedi e alle mani, alle coscie adiposità dolorosa alla palpazione. I movimenti del collo, tronco e arti sono normali; alla misurazione degli arti inf. si trova la seguente corrispondenza:

	destro	sinistro
coscia 3° sup.	49	48
coscia 3° inf.	38	36.5
polpaccio	30.5	29

Nulla di notevole si riscontra agli apparati: respiratorio, circolatorio, digerente; fegato un po' dolente alla pressione, ma non debordante.

Apparecchio ghiandolare e linfatico normale.

Riflessi: un po' accentuati i tendinei con prevalenza dell'achilleo destro, normali i cutanei. Babinski assente, assente il clono della rotula e del piede.

Esame delle orine negativo.

Esame dell'organo dell'udito: ipoacusia.

Esame radiografico del cranio (eseguito all'Istituto di Radiologia della R. Università di Modena, diretto dal prof. R. Balli): sella turcica di dimensioni normali; pavimento irregolare e usurato, così la lamina quadrilatera; il contorno sinistro della sella è più leso del destro; qualche impronta digitata sulla parete interna del frontale e dei parietali.

Esami complementari: puntura lombare: il liquido è uscito con modica pressione (cmc. 30); limpido ed incolore e lasciato in riposo non diede luogo nè a formazioni di reticolo nè di precipitati visibili. Reazione di Nonne-Apelt: negativa Reazione di Boveri positiva. Reazione di Wassermann, già negativa all'esame del sangue, pure negativa. Albumina 1.34 ‰. All'esame microscopico: rari linfociti. Cutireazione negativa.

Caso II. — Anni 40; il padre morto di pellagra (?); sette fratelli morti di malattie imprecisabili, ma bambini; ha marito e tre figli viventi; due morti in tenera età; due aborti; mestruazioni e menopausa normali. Prima della presente: tifo. La forma iniziò due mesi prima con diminuzione

progressiva della vista. A volte cefalea, vomito, vertigini.

Esame obbiettivo: aspetto generale discreto, naso a sella, denti di Hutchinson, non cofosi, movimenti incoordinati, Ramberg, andatura atassica e lateropulsione, non Robertson e non Westfall, non dolori alla cintura e agli arti inf. Alla misurazione degli arti inf. si trova la seguente corrispondenza:

	destro	sinistro
coscia 3° sup.	46	44.5
coscia 3° inf.	30.5	32
polpaccio	27	27

Apparato respiratorio: diminuzione di respiro nella regione sottoclavicolare sinistra.

Apparato circolatorio: nulla.

Apparato digerente e addome: tumore dell'utero largo una ventina di cm. e che arriva con il suo fondo all'ombellico (mioma?).

Apparecchio ghiandolare: micropoliadenia.

Riflessi: accentuati i tendinei, indeboliti i cutanei.

Esame delle orine: tracce di albumina, cellule pavimentose piatte dell'epitelio vaginale.

Esame radiografico del cranio: sella turcica di forma e volume normale, lamina quadrilatera spessa.

Esami complementari: puntura lombare: il liquido è uscito con debole pressione (cmc. 20), limpido ed incolore, in riposo non diede nè reticolo nè precipitati visibili. Reazione di Nonne-Apelt pos. Reazione di Boveri fortemente positiva. Reazione di Wassermann positiva. Albumina 2.1 ‰, lieve linfocitosi (5-6 per campo). Cutireazione positiva.

Durante la degenza due iniezioni endovenose di Neosalvarsan modificarono soltanto il tasso dell'albumina (0.80 0/00).

Uscita e ritornata al nostro esame dopo tre mesi, si sono trovati invariati i fenomeni generali; l'esame della funzione visiva mostrò una diminuzione più marcata del visus e una riduzione maggiore del campo visivo; l'esame oftalmoscopico mise in evidenza una atrofia bilaterale della papilla.

CONSIDERAZIONI.

Sono causa principale della neurite ottica i tumori cerebrali e la meningite sierosa; altre cause sono l'oxicefalia, la cefalia essenziale, le sinusiti posteriori latenti. Non vogliamo qui trattare delle neuriti ottiche in generale, nè discutere su le cause, ormai note, che le determinano; vogliamo solo accennare alla difficoltà che s'incontra il più delle volte nello stabilire la natura della lesione per ogni singolo caso.

Spesso l'esame radiografico non conforta il sospetto di un tumor cerebri; in altri casi (cefalea essenziale, sinusiti posteriori latenti) mancano i segni di una ipertensione intracranica; che se pure esistono è l'ipertensione cerebrale dovuta a tumore o non a idrocefalo acuto essenziale? In dette circostanze per stabilire una diagnosi differenziale è sufficiente il concetto che là dove in casi di tumore i fenomeni sono fatalmente progressivi, in quelli di meningite sierosa invece si ha una specie di stazionarietà nelle manifestazioni della ipertensione? Il concetto differenziale ci può essere tuttavia indicato dall'esame radiografico e non tanto per la scoperta di un tumore (scoperta che può non avvenire pur esistendo il tumore) quanto per l'osservazione di impressioni digitate (Battistini, Mattirolo, Bertolotti) su la faccia interna della calotta, impressioni digitate che si formerebbero in causa dell'ipertensione producente un'atrofia molto manifesta e rapida del tavolato interno, ma non nei casi di tumore dove l'ipertensione stessa stabilendosi in modo lento e progressivo non agirebbe su le ossa del cranio, bensì in quelli di meningite sierosa ventricolare in cui la formazione del liquor è molto rapida e intensa (Bertolotti).

Per queste brevi considerazioni, saremmo indotti a ritenere, nei nostri due casi con ipertensione intracranica, almeno assai probabili le diagnosi.

1° caso: meningite sierosa essenziale ventricolare.

2° caso: pseudo-tabe sifilitica con fenomeni di ipo-tensione intracranica (meningite sierosa da lesione gommosa delle meningi? Leptomeningite cronica latente di origine luetica?).

Purtroppo non è stato possibile seguire le nostre malate; soltanto il 2° caso fu rivisto dopo tre mesi e, come si è detto, con fenomeni generali invariati, se non lievemente peggiorati; l'esito della papilla da stasi era previsto come un'evenienza fatale. Durante la degenza, il trattamento fu il medesimo per le due pazienti: punture lombari, cura antiluetica, cura sintomatica; risultati scarsi. Non abbiamo osato tentare la craniotomia decompressiva; se avessimo avuto a che fare con giovani e presentanti segni d'adenoidismo avremmo potuto indicare l'adenotomia (Poppi).

QUESTIONI DEL GIORNO.

Polimorfismo e filtrabilità del virus tubercolare.

Nella malcerta e forse troppo schematica classificazione morfologica dei microbii, il bacillo tubercolare occupa una posizione speciale per il suo polimorfismo. Esso è certamente ben differenziabile dai bacilli tipici, tanto che Lehmann e Neumann gli assegnano un posto a parte, ravvicinandolo all'Actinomyces con cui forma il gruppo dei microbatterii. Anche il medico pratico che, senza studiare la questione ex-professo abbia fatto qualche colorazione di espettorati dei propri malati avrà indubbiamente osservato talvolta la tipica forma di bastoncino sottile, tal'altra delle forme più grosse meno intensamente colorabili oppure delle forme granulari dall'apparenza di streptococchi.

La cosa si complica se teniamo presente che sono state attribuite al bacillo di Koch delle forme che hanno perduto la proprietà che di esso riteniamo caratteristica, l'acido-resistenza. Tali sono i granuli di Much, gram-resistenti, che sono stati interpetrati come forme degenerative del bacillo di Koch. Ma l'acido-resistenza può farsi perdere a questo anche nelle colture con la semplice agitazione (1). Si può così ottenere una degradazione del bacillo di Koch, punto essenziale della teoria di Ferran, il quale sostiene poi che è possibile risalire al tipico bacillo, partendo da un saprofita; egli avrebbe così potuto ottenere un bacillo acido-resistente che provoca la tubercolosi da un bacillo non-acido-resistente isolato dalle feci del cane.

Particolarmente utile per lo studio della morfologia del bacillo di Koch appare lo studio istologico delle sue colonie, fatto con i comuni metodi dell'istologia, fissando cioè i veli delle colture, includendoli in paraffina e facendone sottili sezioni di 3-4 μ che si colorano poi con vari metodi. Seguendo così nel suo sviluppo la colonia del bacillo tubercolare, si verrebbe a dimostrare (2) che essa si sviluppa anzitutto sotto forma di filamenti di sostanza non-acido-resistente (cianofila) che, ad un dato momento si trasforma in alcuni punti in forme bacillari nelle quali appaiono i corpuscoli cromofili (granuli di Much), disposti entro i bacilli acido-resistenti; questi ultimi poi degenerano abbastanza rapidamente e non lasciano persistere che i granuli cromofili.

(1) AUCLAIR. *Les modifications du bac. humain.* Archives de méd. éxp., 1904, n. 4.

(2) F. BEZANÇON e A. PHILIBERT. *Le bacille acido-résistant n'est qu'une des formes du parasite de la tub.* Presse médicale, 9 gennaio 1926.

La forma acido-resistente non sarebbe quindi che un aspetto transitorio del bacillo tubercolare. Quanto ai corpuscoli cromofili è noto che essi sono stati considerati da alcuni come forme degenerative, da altri invece, fra cui anche da Koch, come delle spore e se non come delle spore paragonabili a quelle dei bacilli del carbonchio o del tetano e simili, certamente come delle forme di resistenza del bacillo tubercolare. Sono essi, di fatto, che persistono nelle vecchie colture dopo la scomparsa dei bacilli acido-resistenti e permettono l'allestimento di nuove colture; è quindi logico ritenere che essi rappresentino la parte resistente e non degenerata delle colture stesse.

Da qualche tempo a questa parte, un'altra questione è stata messa sul tappeto, l'esistenza di forme filtrabili del bacillo tubercolare. Già Fontes (3) fin dal 1910 aveva ottenuto mediante inoculazione del filtrato di pus caseoso la produzione nelle cavie di ipertrofia dei gangli e della milza con granulazioni incluse nei leucociti; la successiva inoculazione di tale materiale in altre cavie dava congestione dei polmoni con presenza di bacilli acido-resistenti.

La questione è stata ripresa recentemente da Durand e Vaudremer (4) che, con l'inoculazione di filtrato di pus tubercolare attraverso Chamberland L3, ottennero orchite tubercolare con bacilli tipici; da Valtis (5) che, con filtrato di prodotti tubercolari, dapprima autolisati, ottenne epatizzazione dei gangli e del polmone; da Vannucci (6) che, con filtrato di prodotti tubercolari attraverso Berkefeld Lilliput W., ottenne tre volte su 10 un quadro anatomo-patologico completo di tubercolosi; da Verdina (7) che inoculando nel peritoneo di giovani cavie il filtrato attraverso Chamberland L3 di escreati e di pus tubercolare, ottenne lesioni di carattere nettamente tubercolare con bacilli degli stessi caratteri morfologici e tintoriali del bacillo di Koch, e da altri.

Di fronte a questi risultati positivi, stanno però quelli nettamente negativi di Montemartini (8) e

(3) FONTES. *Algunas concideraciones sobra a infeçao tuberculosa e seu respectivo virus.* Mem. do Inst. Osv. Cruz, aprile 1910.

(4) C. R. Soc. Biologie e Annali d'Igiene, 1924, pag. 752.

(5) Ann. Inst. Pasteur e Ann. d'Igiene, 1924, pag. 752.

(6) D. VANNUCCI. *Sulle proprietà infettanti di filtrati di prodotti tubercolari.* Lo Sperimentale, 1924, fasc. I e II.

(7) Giorn. della R. Accad. medica di Torino, 1924, pag. 348.

(8) G. MONTEMARTINI. *Caratteri morfologici e culturali del bac. di Koch e asserita filtrabilità del virus tubercolare.* Boll. Istituto sieroterap. milanese, gennaio 1925.

di Dessy (9). Verdina che ha ripreso lo studio dell'argomento (10) ha trovato che lo sviluppo nelle cavie di lesioni a carattere tubercolare e con bacilli acido-resistenti non è costante, ma si è osservata 36 volte su 68 esperimenti. In realtà però i risultati di quest'ultimo autore possono considerarsi in complesso favorevoli alla filtrabilità, data l'elevata percentuale di risultati positivi che malamente si potrebbero spiegare invocando la tubercolosi spontanea della cavia che, come è noto, è piuttosto rara.

Comunque, se pure la filtrabilità del bacillo tubercolare per le ricerche negative dei due autori italiani sopra citati è da considerarsi ancora in discussione, è certo che essa si presenta allettante e, se dimostrata, sarà feconda di risultati

Essa di fatto:

1) Spiegherebbe agevolmente i fatti più volte osservati di sviluppo di tubercolosi nell'animale da esperimento con l'inoculazione di materiali sospetti in cui la più accurata ricerca dei bacilli di Koch era stata negativa.

2) Spiegherebbe i casi, sia pure rari ma indubbiamente esistenti di tubercolosi ereditaria, anche con l'integrità assoluta della placenta (11). Sotto tale punto di vista è interessante un'osservazione di Arloing e Dufour (12) di bambino nato prematuramente a 7 mesi da madre con tubercolosi avanzata e subito separato da essa, morto dopo un mese di incubatrice; all'autopsia non si trovò nessuna lesione tubercolare apparente, si trovarono pochi bacilli acido-resistenti nei gangli mesenterici; l'inoculazione sottocute del filtrato di questi gangli provocò la tubercolizzazione degli animali che morirono con fortissimo dimagrimento e quasi scheletriti. Non è improbabile quindi che certi deperimenti, certe ipotrofie od atrofie da causa ignota che si trovano nei neonati siano da mettere in rapporto con la trasmissione transplacentare del virus filtrante tubercolare.

3) Aprirebbe tutto un campo nuovo di indagini del massimo interesse per la clinica e per l'epidemiologia.

4) Si accorderebbe con le vedute recenti che la morfologia dei microbi non sia immutabile. Cito per esempio le esperienze di Hauduroy (13) che, a microbi di nota morfologia (B. di Shiga, di Eberth, stafilococco) sarebbe riuscito a far prendere delle forme invisibili dalle quali si potrebbe ritornare alle visibili.

Tali questioni evidentemente non debbono per ora uscire dal campo puramente scientifico nè infirmare, sia pure con un'ombra di dubbio, i nostri concetti sul modo di contagio e sulla profilassi antitubercolare. Troppo ci corre dagli esperimenti, nemmeno del tutto confermati, sulle cavie, all'applicazione all'uomo, ma ciò non toglie che la dimostrazione di forme filtrabili accanto a quella dell'eteromorfismo già noto possa grandemente allargare ed approfondire le nostre nozioni sulla biologia del virus tubercolare ed arrivare forse un giorno a risultati pratici.

A. FILIPPINI.

(9) G. DESSY. *Sulla filtrabilità del virus tub.* Ibidem., febbr. 1926.

(10) G. VERDINA. *Ulteriori ricerche sulla filtrabilità attraverso candela di Chamberland del virus tub.* Giorn. di Immunologia e Batteriologia, aprile 1926.

(11) MALHERBE e FONTINEAU. Paris médical, 1924, pag. 943.

(12) F. ARLOING e A. DUFOUR. *Rôle presumè du virus tub. filtrant dans la pathogènie de certaines hypothrophies et athrophies des nourrissons nés de mères tub.* Bull. Acad. de médecine, 23 marzo 1926.

(13) P. HAUDUROY. *Les formes visibles des microbes invisibles.* Rif. in Presse médicale, 9 gennaio 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le diatesi emorragiche.

(Prof. FRANCESCO GALDI, direttore Clinica Medica dell'Università di Bari. (Conferenza alla Società Medica di Lecce).

L'O. ricorda come in un'epoca in cui gli studi medici erano assorbiti dalla ricerca esclusiva delle cause esterne delle malattie, il suo maestro Achille De Giovanni richiamasse autorevolmente l'attenzione del medico sulle cause di malattie che gli organismi e gli organi portano in se stessi.

Egli fa rilevare come sul terreno della ricerca costituzionalistica giungano i moderni studi ad una migliore comprensione delle *diatesi*, che col tramonto delle antiche dottrine umorali erano cadute in discredito. Oggi, che si torna a temperati e razionali concetti umorali, il capitolo delle diatesi si ricostituisce; ed accanto alle diatesi emorragiche la moderna patologia elenca la diatesi neuroartritica, la timolinfatica, la essudativa.

L'O. definisce il moderno concetto della diatesi e conchiude che questo tiene più ad una visione intermedia tra costituzione e temperamento.

Negli ultimi anni le ricerche cliniche ed ematologiche hanno portato molta luce sull'oscuro campo delle diatesi emorragiche, sicchè la patogenesi di questi stati morbosi si è notevolmente rischiarata. Non vanno comprese fra le diatesi emorragiche tutte quelle condizioni di malattia che portano in via secondaria ad emorragie dalla cute e dalle

mucose; e si è voluto far scomparire dal novero delle diatesi emorragiche insieme con lo scorbuto ed il morbo di Barlow anche l'emofilia.

Scorbuto e morbo di Barlow appartengono a quel genere di anemie che vanno dette « alimentari » o da carenza di vitamine. Per lungo tempo si pensò alla natura infettiva per lo scorbuto; ma le osservazioni degli ultimi tempi hanno dimostrato trattarsi di avitaminosi.

Così pure per la malattia dei Möller-Barlow s'invoca un'aplasia del midollo osseo e disturbi dell'ossificazione con emorragie e tumefazioni periostee. Non entra dunque in azione per queste due malattie alcun fattore ereditario o costituzionale; e si rimane invece nell'ambito delle anemie secondarie.

L'O. passa poi a trattare dell'emofilia. A Fordyce (1784) ed a J. C. Otto (1803) si debbono le prime osservazioni di questa malattia; ma il precipuo merito di averla ampiamente illustrata va dovuto a Schönlein. Il nome stesso di emofilia appartiene a questo clinico e patologo geniale, che di questo morbo ha lasciato una esposizione sintomatologica, alla quale dopo circa un secolo le ricerche più recenti non hanno aggiunto quasi nulla. Ispirandosi ad un illuminato naturalismo biologico, egli aveva intuito i rapporti dell'emofilia con i vari periodi dell'evoluzione dell'individuo, particolarmente con le spinte di crescenza, nonchè i rapporti coi cambiamenti di stagione. Ed aveva intuito altresì che la malattia può considerarsi come una forma di degradazione organica con ricordi di organizzazioni inferiori specie da parte del sangue.

Oggi si tende infatti dai moderni a considerare l'emofilia come un'*anomalia costituzionale* spesso coordinata all'infantilismo; e l'ereditarietà emofiliaca, col suo particolare carattere di *diaginica*, il più delle volte è spiegata agevolmente dalla trasmissione per mezzo dei cromosomi sessuali. Si entra così nel campo delle leggi biologiche di Gregorio Mendel che però, come ogni legge biologica, non sono assolute.

In che consiste l'alterazione nell'emofilia? Si deve pensare ad una diminuzione di *trombina* o dei suoi antecedenti *trombogeno* e *trombochinasi;* ma in casi particolari si ammette anche una deficienza del fibrinogeno o del calcio; mentre quasi sempre è necessario invocare anche un'alterazione dell'endotelio vasale, la quale spieghi le emorragie spontanee. Da quanto l'O. ha detto intorno alla patogenesi ed alla ereditarietà della emofilia si comprende come a torto questa forma morbosa sia stata esclusa dal novero delle diatesi emorragiche.

Dall'emofilia vera si passa attraverso i casi di emofilia sporadica alle così dette « porpore ». Essendo stata descritta dal Werlhof la porpora emorragica « nel 1735, fu lo stesso Schönlein che ne distinse una speciale forma nosologica, la « peliosi reumatica ». Egli ha lasciato anche di questa forma una magistrale descrizione: la malattia si distingue dal morbo maculoso per l'assenza dei fenomeni orali, per i caratteri dell'eruzione che si inizia con l'iperemia attiva e si conclude con la desquamazione, per la presenza dei fatti articolari, per la nessuna partecipazione del sistema nervoso generale. Dopo di Schönlein si sono distinte una porpora *semplice* ed una *essudativa* ed infine Henoch nel 1868 ha descritto una porpora *addominale*, in cui il quadro della porpora reumatica si complica con un complesso sintomatico a carico del tubo digerente. Tutte queste forme sono state poi dal Frank raggruppate sotto la denominazione di *morbo di Schönlein-Henoch.*

Per quanto riguarda la etiologia e la patogenesi di questo morbo, mentre molti fatti inducevano a pensare ad una causa infettiva, altri fatti invece hanno condotto anche i primi osservatori ad ammettere delle cause tossiche. Queste ultime, secondo le più moderne vedute, agirebbero su un terreno costituzionale, familiare od individuale, che reagendo rivelerebbe quei fattori endogeni ai quali principalmente si attribuisce oggi l'essenza della diatesi. Si è parlato perciò di *anafilassi*, ed il Frank ha usato l'appellativo di porpora *anafilattoide.*

Come fra la emofilia e le porpore, così pure fra il morbo di Schönlein-Henoch ed il morbo maculoso si deve ritenere che vi siano gradi intermedi di forme morbose, che allacciano l'uno all'altro quadro nosologico. Ed infatti a carico dei capillari nelle porpore conviene ammettere una labilità, oltre che agli stimoli chimici, anche, per quanto in minor grado, agli stimoli fisici. L'O. passa quindi a parlare del *morbo maculoso di Verlhof*, di cui ricorda la sintomatologia classica e le principali forme cliniche ed illustra la patogenesi, che consiste essenzialmente in un difetto di piastrine. La coagulazione in questo morbo procede normalmente nei riguardi del tempo, della qualità e della quantità, a differenza di quanto accade nell'emofilia. Oscura è l'etiologia, e si tende da molto tempo ad ammettere una causa infettiva; per la forma cronica alcuni autori francesi hanno pensato a rapporti con la tubercolosi. Si ritiene oggi che la deficienza di piastrine sia da attribuirsi ad una disturbata origine di queste dai megacariociti, elementi giganteschi del midollo osseo, i quali dimostrerebbero essi stessi delle anormalità nel morbo maculoso. Da tutto ciò deriverebbe una *trombopenia* originaria, che si aggraverebbe per una troppo facile *trombocitolisi.* Fegato e milza non pare che siano estranei in questo complicato

meccanismo di processi morbosi; nè vi sono estranei un dimostrato rilasciamento del tono vasale e forse anche una lesione dell'endotelio. Importante è anche la partecipazione di cause endocrine consistenti in un'ipotonia generale del sistema nervoso vegetativo, la quale riafferma la natura diatesica del morbo di Verlhof. L'O. a questo punto dice che non si propone di trattare per esteso della diagnosi differenziale, della prognosi e della terapia delle diatesi emorragiche; ma da quanto egli ha detto circa la natura ed il modo di svolgersi delle varie forme morbose è facile desumere sia criteri di diagnosi come di prognosi e terapia. Ricorda rapidamente i numerosi metodi di cura dalla proteinoterapia alla splenectomia, che nel morbo di Verlhof ha dato notevoli risultati.

Conclude rilevando come si sia visto per le diatesi emorragiche, fra suddivisioni di forme ed avvicendarsi di teorie, quasi un cascar di foglie e un disseccarsi di rami; ma la configurazione primigenia rimane e riverdeggia col ritorno del classico concetto delle diatesi, che si rinnovella al sole delle moderne concezioni scientifiche.

Dott. C. D'AMICO.

Spasmofilia.

(W. STOELZNER, *Med. Klin.*, n. 10, 1926).

Si riscontra la spamofilia in più della metà dei lattanti alimentati artificialmente nel brefotrofio di Berlino di età superiore ai tre mesi. La comparsa della spasmofilia è in rapporto con l'età e con la stagione: essa non si osserva mai nei primi due mesi di vita, è invece frequente nel 5° e 6° mese; è rara nell'estate, aumenta dopo l'autunno raggiungendo il massimo di frequenza nei mesi di gennaio-aprile. Esistono stretti rapporti fra spasmofilia e rachitismo; esistono bensì casi di rachitismo senza spasmofilia, non però casi di spasmofilia senza rachitismo. La spasmofilia è inoltre legata al genere di alimentazione; molto rara negli alimenti al seno, è frequente nei lattanti alimentati con latte di vacca. Disturbi della nutrizione predispongono alla spasmofilia, che spesso guarisce col guarire di questi disturbi. Oltre ai fattori esogeni hanno notevole importanza per il determinismo della spasmofilia i fattori endogeni. Così la spasmofilia è particolarmente frequente nei bambini idrolabili.

Spesso la disposizione alla spasmofilia è famigliare o ereditaria. La costituzione del bambino è anche importante nel determinare le particolari manifestazioni cliniche della spasmofilia: così nei bambini grassi si osservano di solito il laringospasmo e l'eclampsia, nei bambini magri di solito spasmi persistenti.

La sintomatologia della spasmofilia infantile è caratterizzata da una ipereccitabilità generale del sistema nervoso: sulla base di questa si possono manifestare di tempo in tempo fenomeni convulsivi parziali o generali. Clinicamente si distinguono la spasmofilia latente, senza convulsioni, e la spasmofilia manifesta con convulsioni: laringospasmo, eclampsia, spasmi carpopodalici (tetania). Il sintomo più costante della spasmofilia latente è il fenomeno di Erb, cioè l'aumento e l'alterazione qualitativa dell'eccitabilità galvanica dei nervi periferici. La contrazione all'apertura dell'anode si manifesta con correnti minori che non la contrazione alla chiusura dell'anode; inoltre la contrazione all'apertura del catode avviene usando correnti inferiori a 5 milliamperes. Questa ipereccitabilità catodica è spesso preceduta dall'ipereccitabilità anodica: in un primo tempo la contrazione all'apertura dell'anode avviene usando correnti inferiori a 5 milliamperes, in seguito essa si provoca con correnti della stessa intensità di quelle che determinano la contrazione di chiusura dell'anode, infine la si può provocare con correnti minori di quelle necessarie alla contrazione di chiusura dell'anode. Ciò mentre la contrazione di apertura del catode avviene ancora con correnti superiori ai 5 milliamperes. In molti casi di spasmofila latente queste alterazioni dell'eccitabilità elettrica sono l'unico sintomo; in altri casi esiste anche un aumento dell'eccitabilità meccanica dei nervi periferici: il fenomeno del facciale si riscontra in più della metà dei bambini con ipereccitabilità catodica. Un terzo sintomo di spasmofilia latente è il fenomeno di Trousseau; esso si riscontra di rado.

Tra i sintomi convulsivi manifesti i più importanti per frequenza sono gli spasmi respiratori; tra questi predomina lo spasmo della glottide. Lo spasmo della glottide è la causa la più frequente di morte improvvisa nei piccoli bambini; la morte avviene già nei primi secondi di apnea, ciò che dimostra trattarsi non di asfissia bensì di morte cardiaca (perciò inutilità della respirazione artificiale). Molto più raro è lo spasmo dei muscoli respiratori senza partecipazione della glottide (apnea espiratoria). Anche le convulsioni eclamptiche sono meno frequenti del laringospasmo; più rara ancora è la tetania, cioè gli spasmi persistenti carpo-podalici. Questi ultimi avvengono accessualmente e possono però durare per molti giorni con remissioni e intermittenze durante le quali è dimostrabile il fenomeno di Trousseau. Dorso di mani e piedi sono spesso tumefatti; in casi gravi gli spasmi si estendono al tronco e alla testa dando quadri simili al tetano, oppure simili alla meningite (opistotono, strabismo e trisma). Gli spasmi non colpiscono però soltanto i muscoli striati, essi talvolta interessano anche i muscoli lisci. Si hanno così spa-

smi dello sfintere della vescica, spasmi dell'esofago, spasmi dello sfintere pupillare. Tra questi spasmi della musculatura liscia i più frequenti sono gli spasmi dei muscoli bronchiolari, la broncotetania. Nei casi gravi di quest'ultima, si manifesta rapidamente, in seguito ad infezione catarrale febbrile del tratto respiratorio, una grave dispnea con cianosi, aleggiamento delle pinne nasali, stridore espiratorio. Obbiettivamente enfisema polmonare, in alcune regioni ipofonesi, talvolta con respiro bronchiale e rantoli: dunque un quadro simile a quello della broncopolmonite. Però l'autopsia dimostra che esistono soltanto atelettasia, iperemia ed edema. Radiologicamente si constata una velatura dei campi polmonari senza addensamenti. Questi gravi casi di broncotetania sono di solito mortali; esistono però anche casi più lievi, clinicamente simili a bronchite asmatica recidivante, e differenziabili da quest'ultima per la presenza di altri segni di spasmofilia, per l'assenza di eosinofilia, per l'inefficacia dello iodio e dell'adrenalina e per la pronta efficacia della terapia antispasmofilica. Tutti i riflessi sono normali negli spasmofili. Infezioni febbrili spesso rendono manifesta la spasmofilia latente: le convulsioni iniziali delle malattie febbrili sono spesso convulsioni spasmofiliche. Quando infezioni acute colpiscono bambini spasmofilici, esse decorrono spesso iperpiretiche e spesso nel corso di esse si manifesta la sindrome della meningite sierosa (obnubilamento della coscienza, strabismo, rigidità nucale, ipertensione del liquor).

Il decorso della spasmofilia è molto vario. Così può variare da un giorno all'altro l'intensità dell'ipereccitabilità galvanica, che spesso è molto aumentata nei casi di spasmofilia manifesta. Questo parallelismo non è però costante perchè esistono casi di lieve ipereccitabilità nonostante gravi fenomeni convulsivi, ed esistono d'altra parte casi di intensa ipereccitabilità senza che mai si abbiano fenomeni manifesti. La spasmofilia di solito va perdendo la sua importanza pratica nel corso del secondo o del terzo anno di vita.

Dopo la scomparsa dei fenomeni manifesti persistono per un certo tempo i sintomi di latenza, l'ipereccitabilità meccanica più a lungo di quella galvanica. Si osservano ricadute, di preferenza nell'inverno e primavera, oppure in occasione di malattie febbrili.

La prognosi è subordinata alla forma clinica della spasmofilia. Tra le forme manifeste il laringospasmo è molto più pericoloso dell'eclampsia: quando nel laringospasmo si ode il caratteristico tono a canto di gallo, è cessato ogni pericolo. Importante per la prognosi è la questione dell'avvenire dei bambini spasmofili. Questi non sembrano essere particolarmente disposti all'epilessia; si osserva invece in essi una certa mejopragia funzionale del sistema nervoso che si può manifestare in forma di debolezza intellettuale, disturbi della parola, tics, enuresi, oppure labilità vasomotoria, con tendenza a cefalee ed astenia.

La profilassi consiste in gran parte in quella del concomitante rachitismo: somministrazione di olio di fegato di merluzzo a tutti i lattanti dalla fine del secondo mese in poi, alimentazione al seno, cura dei disturbi della nutrizione.

La cura della spasmofilia latente impone anzitutto una diminuzione del latte di vacca, fino alla metà della quantità prima somministrata; il resto del fabbisogno calorico si copre principalmente con idrati di carbonio. La quantità di latte di vacca data ad un bambino con spasmofilia latente non dovrebbe mai sorpassare il mezzo litro al giorno. Contemporaneamente si dà per molti mesi olio di fegato di merluzzo nella dose di due cucchiaini al giorno. Più energica dev'essere la cura in casi di spasmofilia manifesta. È bene iniziare la cura con la somministrazione di olio di ricino facendo seguire 12-24 ore di dieta idrica. Riprendendo l'alimentazione si esclude del tutto il latte di vacca. Si ottengono i migliori risultati con l'allattamento al seno, che fa rapidamente scomparire i fenomeni manifesti e dopo un certo tempo anche i sintomi di latenza. Quando non si abbia a disposizione il latte di donna, si esclude dall'alimentazione il latte di vacca per almeno 14 giorni; si danno brodo, carne tritata (due cucchiai al giorno), plasmon o larosan (20 gr. al giorno) semolino, riso, pappe di farina, di biscotto, purée di verdure, di patate...

Nella maggior parte dei casi l'abolizione del latte di vacca dà risultati ottimi; è necessaria grande cautela nella ripresa del latte, perchè questa può se troppo precoce od eccessiva determinare ricadute. Oltre a queste misure alimentari si deve somministrare olio di fegato di merluzzo fosforato. Il fosforo somministrato in altri oli è inefficace; esso aumenta di più del doppio l'azione antispasmofilica dell'olio di fegato di merluzzo. Le dosi sono di 2 cucchiaini da caffè al giorno. Nei casi di spasmofilia latente è sufficiente il solo olio di fegato di merluzzo non fosforato. Questo metodo di cura dietetico-medicamentoso fa guarire nella maggior parte dei casi la spasmofilia in circa 4 settimane.

I fenomeni manifesti richiedono anche rimedi sintomatici. Nell'eclampsia grave si fanno clisteri di 1/4-1/2 grammo di idrato di cloralio; nell'eclampsia più lieve ma ad accessi frequentemente ripetentisi, si dà bromuro di calcio nella dose di 3 grammi al giorno. Nel laringospasmo danno ottimi risultati dosi alte di sali solubili di calcio: al primo giorno ogni ora un grammo di cloruro di calcio anidro, per 5 ore di seguito;

poi 1 gr. ogni tre ore (dunque 10 grammi nelle prime 24 ore); dopo il secondo giorno 6 gr. al giorno, diminuendo poi progressivamente le dosi dopo scomparse le convulsioni. Questo metodo di cura è di solito inefficace negli spasmi carpo-podalici; si deve allora ricorrere all'iniezione di solfato di magnesio (20 ctgr. per kgr. di peso in soluzione 8 %); anche nella eclampsia il solfato di magnesio dà buoni risultati mentre è inefficace nel laringospasmo. L'apnea che in alcuni casi segue all'iniezione di solfato di magnesio si combatte con la respirazione artificiale immediata ed iniezione intramuscolare di 5 cmc. di soluzione di cloruro di calcio al 5 %. POLLITZER.

CHIRURGIA.

Tecnica della rachianestesia generalizzata.

(T. JONESCO. *La Presse médicale*, n. 10, p. 147, 1926).

È un metodo di anestesia ottimo per tutte le operazioni, dalla testa ai piedi, a condizione che si applichi fedelmente la tecnica semplice, alla quale l'A. è giunto dopo tanti anni di pratica e di studi.

L'A. adopera un ago di 6 cm. di lunghezza, con lume finissimo e con punta brevissima: importantissima la finezza dell'ago per evitare fuoriuscita di liquido cefalo-rachidiano dopo estratto l'ago e per produrre scarsi danni sul midollo ovemai si punga. Una comune siringa Record di 2 cmc.

La soluzione da iniettare è composta di acqua distillata, della sostanza anestesizzante e di un coadiuvante o correttivo, la caffeina. Questa è indispensabile per rendere tollerabile l'anestesico; diminuendone la quantità nelle anestesie basse si può evitare l'unico inconveniente, che essa cagiona, la ritenzione di urina. Non è mordente del midollo perchè le più forti dosi adoperate nelle rachianestesie alte non producono alcun disturbo. Così l'A. non ha osservato alcun fenomeno di eccitazione marcata da caffeina.

Per sciogliere la caffeina occorre aggiungere del benzoato sodico. Come anestesizzante adopera la stovaina, che ha potere anestesizzante superiore alla novocaina, e le dosi usate variano secondo le condizioni generali del paziente; gli indeboliti per emorragia, per choc traumatico o nervoso, i cachettici, gli infetti e sopratutto gli individui affetti da neoplasmi devono avere dosi piccole.

L'A. ritiene che sorvegliando accuratamente i dettagli non esiste alcuna controindicazione alla rachianestesia. Siccome la soluzione di stovaina e caffeina si potrebbe alterare, ne allestisce la soluzione al momento dell'intervento, mescolando la soluzione di H^2O + benzoato sodico + caffeina, con la stovaina solida sterilizzata, che ha fatto precedentemente confezionare in due fiale separate.

Per le operazioni sulla testa, sul collo, sugli arti superiori e sul torace superiore adopera l'*anestesia alta* praticata con puntura al disotto della vertebra prominente o tra 1ª e 2ª dorsale e come soluzione 2 cmc. di acqua distillata contenente 65-70 centgr. di benzoato sodico, 50 centgr. di caffeina, 3-6 centgr. di stovaina.

Per la presenza di caffeina la stovaina è ottimamente tollerata dal midollo cervicale e dal bulbo, e l'anestesia dura molto, tanto da avergli permesso di fare simpaticectomia bilaterale o resezione doppia del mascellare superiore. Come per tutte le altre rachianestesie la dose deve essere in rapporto alle condizioni generali del paziente.

L'*anestesia media* è praticata nelle operazioni del distretto superiore dell'addome (milza, stomaco, fegato, duodeno) mediante punture tra 12ª D. e 1ª L. ed iniettando 1 cmc. di H^2O contenente + 30 centgr. di benzoato sodico + 20 centgr. di caffeina + 4-8 gr. di stovaina. Se ritarda l'ascesa dell'anestetico è necessario mettere il malato su piano inclinato a testa in basso per qualche secondo, avendosi così l'anestesia anche del torace.

L'*anestesia bassa* si adopera negli interventi sulla pelvi e sugli arti inferiori, praticandosi la puntura tra 4ª-5ª L. (Lombare inferiore).

Nelle operazioni ginecologiche occorrono punture combinate, come per certe operazioni sul torace. Così nelle asportazioni estese delle mammelle con autoplastiche estese occorrendo un'anestesia perfetta di tutto il torace è preferibile ricorrere a due punture, una cervico-dorsale ed una dorso-lombare, iniettando nella prima un terzo della soluzione che vuole adoperare, e nella seconda gli altri due terzi (H^2O cmc. 1 + caffeina centgr. 20 + benzoato sodico centgr. 30 + stovaina centgr. 4-6). Nelle operazioni ginecologiche pratica una puntura dorso-lombare ed una lombare inferiore per assicurarsi dell'anestesia del plesso lombare e sacrale, adoperando oltre gli altri elementi della soluzione, 6-8 centgr. di stovaina, e divisa in due parti uguali da iniettarsi nelle due punture.

L'A. ha adoperato la rachianestesia in 6200 operazioni, di cui 1387 alte e 4813 basse e medie, senza accidenti, senza mortalità.

Dal marzo 1922 all'agosto 1925 ha praticato 1312 volte la rachianestesia con caffeina e stovaina: di esse 277 alte e 1035 basse e medie, senza il minimo incidente.

Riguardo alle complicanze postanestesiche si è avuta qualche cefalea di breve durata.

JURA.

L'anestesia generale chirurgica con l'allil-isopropilmalonilurea.

(FREDET. *Paris Médical*, n. 49, 1925).

L'A. dopo aver ricordato le ricerche in proposito di Perlis e Fabre su alcuni derivati alcoolici della *Malonyl-urea* ricorda i propri lavori sull'argomento. La manolilurea o acido barbiturico appartiene al gruppo degli ureidi. È cioè un'urea di cui gli atomi di idrogeno sono stati rimpiazzati dai radicali acidi dell'acido malonico. La manolylurea non possiede affatto azione ipnotica ma se si sostituisce a uno o due atomi di idrogeno del gruppo malonico o radicale alcoolico della serie aromatica, si può ottenere tutta una serie di ipnotici ai quali è stato dato il nome di veronal. Secondo le idee moderne il radicale alcoolico è l'elemento ipnotico. L'A. ha utilizzato all'inizio delle miscele a parti uguali di *diéthylmalonylurée* e d'*allyl-isopropyl-malonylurée* prodotto commerciale conosciuto sotto il nome di *somnifène*. L'esperienza però ha dimostrato che uno dei componenti del *somnifène* cioè la *diéthylmalonylurêa* non esercita che un effetto tardivo e inutilmente prolungato e perciò l'A. non adopera che la sola *allyl-isopropyl-malonilurêa* di cui l'azione è estremamente rapida e non dura che qualche ora. Questi corpi sono solubili con l'aggiunta in leggero eccesso di diéthyl-amina. L'A. adopera una soluzione di gr. 0.10 d'*allyl-isopropyl-malonylurêa* in un centimetro cubico di acqua. Questa soluzione è resa stabile con l'aggiunta di una piccola quantità di alcool e glicerina.

In base alle ricerche fatte, l'A. è venuto alle seguenti conclusioni:

1) L'*Allyl-isopropyl-malonylurée* introdotto nel sangue è trasportato in maggior parte dai globuli rossi come il cloroformio e il protossito di azoto e il cloruro d'etile. Infatti nel sangue di un cane del peso di 20 kg. e che abbia ricevuto l'iniezione di un grammo di tale sostanza si poteva constatare dopo qualche ora che, a peso uguale, i globuli contenevano 3 volte e mezzo tale sostanza rispetto al siero. Le emazie, inoltre, non presentavano alcuna alterazione.

2) L'*allyl-isopropyl-malonylurée* si fissa di preferenza sui centri nevosi e non ha che una debole elezione per localizzarsi nel grasso, nel fegato e nei reni.

3) L'*allyl-isopropyl-malonylurée* non viene distrutto e viene tale e quale eliminato dal rene. Questa eliminazione si inizia rapidamente dopo l'iniezione e continua lentamente. In una serie infatti di 10 operati con questa narcosi si è potuto seguire l'eliminazione per 10 giorni e si è potuto estrarre dalle urine il 90 % della quantità iniettata. L'eliminazione si ha più accentuata nelle prime 12 ore, poi si fa più lenta fino a decrescere verso il 4° giorno in modo accentuato. La rapidità di eliminazione non sembra affatto influenzata dalla diuresi.

5) Tale sostanza non esercita che una debole influenza sui centri cardiaci e respiratori. La tensione arteriosa massima e minima, non fa rilevare che variazioni poco estese.

Dal punto di vista pratico l'*allyl-isopropyl-malonylurée* introdotto da solo per via venosa non permette, a meno che non si somministri in dosi tossiche, di provocare, da solo, l'anestesia chirurgica. È necessario, quindi, unire un'altra sostanza, per esempio, la morfina o quantità di cloroformio o di etere all'inizio.

L'A. ha praticato con tale anestetico 91 anestesie, seguendo la seguente tecnica: 1) iniezione sottocutanea di cloridrato di morfina in soluzione al centesimo nella dose di 1 ctgr. al minimo o anche di 2 centigrammi. L'A. crede che sia utile di associare alla morfina il bromitrato di scopolamina nella dose variabile da un minimo di 2/3 di milligrammo ad un massimo di 3/4 di milligrammo, a seconda del peso e delle condizioni del paziente; 2) 20 minuti almeno 0.45 al più tardi dopo l'iniezione di morfina o di morfina e scopolamina, iniettare lentamente nella vena della piega del gomito la soluzione di *allyl-isopropyl-malonylurée* al decimo. La dose dovrà essere calcolata a seconda del peso, dell'età e dello stato generale. Negli adulti, in buona condizione, si inietti un centigrammo di *allyl-isopropyl-malonylurée* vale a dire un decimo di centimetro cubico della soluzione per chilogrammo di peso senza oltrepassare i 70 centigrammi cioè i 7 cmc. Negli individui avanzati in età e cachettici non si oltrepassi la dose di 40 centigrammi, cioè 4 cmc.

5 minuti circa dopo l'iniezione fare inalare qualche goccia di cloroformio o di etere. L'operazione si può iniziare 10 minuti circa dopo l'iniezione. L'anestesia dura in media da 2 a 3 ore e permette di eseguire senza difficoltà operazioni gravi anche addominali. Dopo l'operazione il paziente continua a dormire con calma per 4 o 5 ore, al massimo, e questo è il grande vantaggio che tale anestetico ha sul *somnifène* che lascia il paziente alle volte in uno stato di sonnolenza per 24-36 ore. L'agitazione tanto frequente quando si somministra il somnifène è quasi nulla con tale anestetico. Il vomito post-operatorio si verifica eccezionalmente e questo è un grande vantaggio per cui si può dare da bere molto presto al paziente evitando così la sofferenza della sete e l'acidosi, poichè anche la nutrizione si può iniziare molto presto.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

STRÜMPELL A. *Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten.* 2 vol., 25ª edizione. Lipsia, W. Vogel, 1926, Mk. 50.

A quattro anni di distanza dalla precedente edizione e poco più di un anno dopo la morte di Strümpell, compare ora la 25ª edizione del suo Trattato, edito sotto la direzione dello Seyfarth. Come riferisce questi nella prefazione, lo Strümpell aveva di nuovo scritto la parte della malattia del sistema nervoso, affidando allo Seyfarth il riordinamento ed il completamento secondo le più recenti acquisizioni della parte concernente le malattie infettive. Il capitolo della sifilide cerebrale è stato completamente rifatto dallo Strümpell, altri sono stati più o meno ampliati; quelli della vagotonia e della simpaticotonia, che l'A. aveva in animo di aggiungere non poterono essere terminati.

Lo Seyfarth ha seguìto scrupolosamente il desiderio dello Strümpell, nulla modificando od aggiungendo in questa nuova edizione a quanto riguarda il sistema nervoso, e dedicandosi invece particolarmente ai seguenti capitoli: *Peste; Carcinoma bronchiale; Malattie del muscolo cardiaco; Periarterite nodosa; Diabete mellito; Malattie del sangue; Malattie del pancreas.*

A tutti i medici, a tutti gli studenti sono ben noti i pregi grandissimi di questo Trattato che tradotto in ogni lingua, nelle sue precedenti edizioni dalla 1ª alla 24ª ha portato sempre e ovunque le più limpide e complete cognizioni di medicina interna. TR.

Ergebnisse der gesamten medizin. Vol. VII, n. 3-4. Un vol. in-8° di 233 pag., con fig. Urban e Schwarzenberg editori, Berlino, 1925. Prezzo dell'intero volume Marchi 24.

In questo fascicolo dell'ottima pubblicazione diretta da Th. Brugsch che dà in singole monografie le vedute attuali su molti problemi della medicina, sono contenuti i seguenti lavori:

SELLHEIM. *La reazione di Abderhalden;* STRAUSS. *Diagnosi e terapia del cancro;* GROEDEL e LOSSEN. *La radiodiagnosi dell'ulcera gastrica e duodenale;* RECKZEH. *Contributi allo studio dell'anchilostomiasi;* NASSAN. *La tetania infantile;* ZAPPERT. *Il bambino nervoso;* RAIMANN. *Suggestione ed autosuggestione;* VORKASTNER. *La perizia sugli stati mentali nelle questioni giudiziarie;* KYLIN. *L'adrenalina e la pressione sanguigna;* KIONKA. *Nicotinismo;* PLETNEV. *Il tifo esantematico.* *fil.*

A. RUBINO. *Semiotica medica.* F. Vallardi editore, Milano. Prezzo L. 55.

È la quarta edizione di un libro già molto noto e diffuso, giustamente apprezzato per la sua chiarezza e precisione, per gli scopi eminentemente pratici che l'informano.

La parte riguardante l'esame del pancreas e l'esame radiologico degli organi toracici e addominali è interamente nuova, radicalmente rimaneggiata è la sezione consacrata alla semiotica dell'addome, ampliate e qua e là emendate sono le altre parti, per modo che l'opera è perfettamente aggiornata. DR.

A. DUFOURT. *Maladies infectieuses, intoxications Vaccins Sérums.* G. Doin, éd., Paris. Frs. 18.

Fa parte delle « Consultations journalières » e conserva in tutta la esposizione la semplicità di un manuale destinato al pratico. La giusta preoccupazione dell'A. è quella di dare al lettore la guida più semplice e chiara nel difficile trattamento delle malattie infettive da intossicazione. La medicina moderna offre non pochi mezzi specifici ed aspecifici sui quali non si può fidare con ottimismo esente da critica; ma nemmeno con un pessimismo aprioristico, forse di moda in una classe di studiosi. Il volumetto è scheletrico: esso però, per non riuscire ingombrante, ha giustamente rinunziato alle citazioni bibliografiche e a troppe discussioni. Dalla lettura del volumetto si ricava l'impressione che sarà utile al pratico, desideroso di rinnovarsi, come la medicina si rinnova utilmente. T. PONTANO.

BRAUER L., SCHRÖDER G., BLUMENFELD F. *Handbuch der Tuberkulose.* II. Band. III. Auflage. Lipsia, G. Barth., 1923. Mk. 30.

Gli argomenti svolti nel II volume di questo ampio Trattato concernono prevalentemente il problema della cura della tubercolosi, sia per quanto riguarda le norme generali da seguire nel trattamento di ogni tubercoloso, sia per quanto concerne l'applicazione di metodi particolari o chimici o fisici, sia infine nell'impiego di quegli interventi chirurgici che vanno dal pneumotorace e dalla cauterizzazione delle aderenze pleuriche, sino alla toracoplastica extrapleurica estesa.

Oltre però questi problemi terapeutici, sono svolti altri argomenti di notevole interesse, quali l'emottisi, la febbre e i sudori notturni dei tubercolosi, le infezioni croniche miste, la pleurite, il pneumotorace spontaneo.

Tutta la competenza e l'esperienza personale degli autori cui è stato affidato ogni capitolo rende la trattazione degli argomenti chiara, ricca di documentazioni e di critica, e fornisce allo studioso dei problemi tubercolari una importante ed esauriente mèsse di cognizioni.

TR.

MATHIEU DE FOSSEY A. *Foie, Pancréas, Rate*. Les consultations journalières. Paris, G. Doin, 1926. Fr. 10.

Nella piccola mole di un volumetto tascabile di 130 pagine l'A. si prefigge di esporre i dati più importanti relativi alla fisiologia del fegato, del pancreas, della milza; al loro esame funzionale, alla terapia delle diverse affezioni di questi organi. E non solo l'A. tratta molto schematicamente delle malattie proprie del fegato, del pancreas e della milza, ma anche delle alterazioni funzionali di essi nelle più svariate forme morbose. È una breve guida sommaria di altrettanti capitoli importanti della medicina interna.

TR.

ELIAS H. und FELLER A. *Stauungstypen bei Kreislaufstörungen mit besonderer Berücksichtigung der exsudativen Perikarditis*. Berlin, J. Springer, 1926. Mk. 24.

È uno studio accurato sulle varie modalità della stasi nelle alterazioni del circolo, studio compiuto sulla osservazione clinica di numerosi malati e sulla indagine anatomo-patologica, impiegando i più moderni mezzi di ricerca, specie la radiografia. I vari problemi che si prospettano nella interpretazione di diversi tipi di stasi, sono stati dagli AA. affrontati e delucidati, e in particolar modo quello che concerne la stasi nella pericardite essudativa. Il testo comprende anche l'esposizione di parecchi casi clinici corredati dai relativi reperti anatomici documentati da interessanti fotografie e schemi.

È l'opera di osservazione e di collaborazione di un clinico e di un anatomo-patologo e si presenta di notevole interesse per i medici tutti.

TR.

L. BARRAS. *Souvenirs d'un médecin sur la plus grande guerre*. Un vol. in-16° di 206 pag. Maloine, ed. Parigi, 1925. Prezzo: frs. 7.50.

Non si tratta di un libro di scienza, ma di un'opera di vita, che ci descrive un uomo, di abitudini fini ed amante della propria tranquillità, strappato dall'uragano della grande guerra, che ci viene rappresentata senza artificiosi abbellimenti nella sua vita turbinosa ed atroce. Le anime messe a nudo, la medaglia veduta anche al rovescio...

Da ultimo troviamo qualche considerazione psicofisiologica sul soldato, sulla donna (di cui, dice l'A., la guerra ha mostrato la necessità come « svuota-vescicole »), sugli inglesi, sui tedeschi.

Il libro è scritto con franchezza e rappresenta con vivacità molti dei tipi che hanno vissuto il terribile dramma.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Italiana Oto-Neuro-Oftalmologica Sezione Romana.

Seduta del 1° dicembre 1925.

Presidenza: G. FERRERI, presidente.

Sull'anatomia del fasciculus longitudinalis inferior nel Papio sphinx.

G. ARTOM. — Il fasciculus longitudinalis inferior nel Papio sphinx si prolunga al di sopra del cornu posterius del ventricolo laterale in direzione dorsale e mediale fino a giungere a contatto con la parte laterale del girus cinguli. L'impossibilità di seguire fino alla loro terminazione le fibre dorso-mediali del fasciculus longitudinalis inferior nel Papio sphinx fa sì che il reperto anatomico non sia sufficiente a chiarirne il significato funzionale. Per questo scopo bisogna quindi affidarsi ad induzioni e ad ipotesi; tenendo presenti due fatti: in primo luogo la funzione visiva ormai assodata del fasciculus longitudinalis inferior; in secondo luogo la presenza del girus cinguli nelle sue immediate vicinanze d'importanti fasci associativi (fasciculus longitudinalis medialis, fasciculus fronto-occipitalis cingulum), ed i rapporti che alcuni di questi contraggono secondo molti anatomici col sistema delle fibre del corpo calloso. In base a ciò è verosimile ammettere che le fibre dorso-mediali del fasciculus longitudinalis inferior del Papio sphinx siano destinate ad associazioni tra il senso della vista e le funzioni psichiche sensoriali, sensitive e motorie delle varie zone cerebrali, e specialmente con la funzione prassica del corpo calloso. Quest'ultima è particolarmente sviluppata in una scimmia così vivace nella quale per di più la funzione motoria degli arti posteriori è assai più attiva che non quella degli arti inferiori della specie umana.

Cecità istantanea da idrocefalo interno.

DI MARZIO. — Tratta di tre casi di cecità sopraggiunta repentinamente nei quali l'esame oftalmoscopico attento permetteva di diagnosticare idrocefalo interno sebbene non vi fosse papilla da stasi.

Due dei casi guarirono rapidamente con ripristino totale della vista e con le sole punture lombari. Nel terzo non fu possibile la guarigione perchè trattavasi di una lesione non recente.

Tumore della base dell'encefalo invadente il 3° ventricolo.

PUCCINELLI. — In un individuo di 39 anni, nello spazio di 6-7 mesi, compare una sindrome morbosa grave che per il quadro clinico (cefalea, astenia, iperipmia, impotenza sessuale precoce, emianopsia bitemporale, paresi degli arti con ipertonia, lieve aumento della diuresi, va-

riazione del carattere, ecc.), e per il reperto anatomo-patologico (tumore cistico epidermoidale occupante lo spazio ottico-peduncolare ed invadente il 3° ventricolo, determinando compressione e parziale riassorbimento della sostanza limitrofa del talamo, ipotalamo, ecc., compressione senza lesione dell'ipofisi) si riavvicina a quei casi sui quali è stata costruita da AA. francesi la così detta *sindrome infundibolare*.

L'O. accennate alle opinioni contrastanti dei vari autori alla importanza delle varie ricerche sull'argomento per la diagnosi di sede di lesione cerebrale, si dichiara favorevole alla teoria che riferisce la complessa sintomatologia delle lesioni della regione infundibolo-ipofisaria alla alterazione più o meno profonda della correlazione neuroendocrina.

Alterazioni del fondo oculare nell'encefalite letargica.

SABBADINI. — L'aspetto del fondo oculare denominato dal DI MARZIO « edema papillo-retinico » e che suole osservarsi come sintoma il più costante della meningite sierosa del cervello, è stato dall'A. riscontrato come frequente sintoma oftalmoscopico nella encefalite letargica. In base a ciò l'O. nega possa esistere la classica papilla da stasi come complicanza dell'encefalite, fatto che d'altra parte è stato avvalorato da pochissimi osservatori e negato o messo in dubbio dai più. Dopo l'esposizione di 9 casi clinici vengono descritte dall'O. alcune forme particolari di edemi papillo-retinici con iperpressione rachidiana, comparsi tardivamente in individui guariti dall'encefalite ma colpiti da Parkinsonismo postencefalitico.

Seduta del 2 marzo 1926.

Presidenza: G. MINGAZZINI, Presidente.

Su di un caso di neurofibroma faringeo in morbo di Recklinghausen.

GIORGIO FERRERI. — Illustra un caso assai raro di neurofibroma della parete posteriore faringea in un ragazzo affetto da morbo di Recklinghausen comparso in seguito a trauma. Il tumore fibromatoso era assai profondo, situato sotto il piano muscolare e presumibilmente a carico dei ramuscoli del glosso faringeo.

L'infermo è stato curato con aghi-puntura di radium.

Considerazioni sulla così detta reazione di Tournay.

D. SABBADINI. — L'O. espone le conclusioni delle recenti pubblicazioni francesi circa l'anisocoria nello sguardo di lateralità, che venne chiamata reazione di Tournay, perchè questo A. ritenne di essere stato il primo ad osservarla. Riducendo l'importanza che si volle dare a questo fenomeno pupillare, che venne osservato inoltre da altri molti anni prima dello stesso TOURNAY, sostiene non doversi attribuire a questo fenomeno il nome di reazione, ma soltanto di movimento associato allo sguardo di lateralità, dipendente da rilasciamento della contrazione pupillare di accomodazione e convergenza nei due occhi.

La sua convinzione è data da esami sistematici su più di 500 soggetti, dei quali circa 200 patologici.

D. PISANI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 15 aprile 1926.

Presidenza: prof. N. LEOTTA, presidente.

Nuovi argomenti a sfavore dell'« indice di cariocinesi » nella cura radiologica dei tumori epiteliali.

Prof. DEL BUONO. — L'O. presenta un caso di epitelioma ulcerato del palato e della tonsilla, ritenuto inoperabile, e guarito localmente coi raggi Röntgen.

A distanza di 15 mesi dalla cura non vi è più traccia dell'ulcerazione grave e non vi sono più le ghiandole ingrossate che prima si palpavano ai due lati del collo. Nell'irradiazione non fu tenuto conto dell'« indice di cariocinesi », in quanto la cura venne eseguita in una unica seduta, diretta solamente sul tratto locale ulcerato.

La reazione di R. Dujarric De La Rivière e L. Gaillerand su siero di sangue.

Dott. LONERO. — Il relatore riferisce i risultati ottenuti, su oltre 600 casi, con la reazione di Dujarric De La Rivière e L. Gaillerand paragonata con la W.R. e S.G. Mentre per la W.R. ha avuto il 28 % di positività e per la S.G.R. il 25.10 % per la Dujarric appena il 16.80 %.

Conclude col ritenere la Dujarric, allo stato attuale delle cose, una reazione di nessuna utilità pratica e tanto meno scientifica.

Effetti della legatura dei vasi splenici sulla struttura e funzione della milza (studio sperimentale).

Dott. ROSSI. — L'O. conclude quanto segue:

1) La legatura dell'arteria splenica determina dopo un periodo di 3-4 mesi una notevole atrofia della milza. Nessuna lesione necrotica. Si determina una ipofunzione poichè si riscontrano nel sangue costantemente quelle stesse variazioni quantitave e qualitative della emoglobina, degli eritrociti e leucociti che si hanno dopo la splenectomia, nonchè un accumulo di pigmento ematico nel fegato.

2) La legatura della vena splenica non determina alcuna modificazione nè anatomica nè funzionale della milza.

3) La legatura contemporanea dell'arteria e della vena ha determinato in circa il 50 % delle esperienze una necrosi rapida della milza con morte

dell'animale entro breve tempo. Negli animali sopravvissuti si è notato atrofia notevolissima della milza accompagnata da diminuzione della funzione di questa sul tipo di quella osservata dopo legatura dell'arteria sola.

Cinque casi di paralisi progressiva curati con la malarizzazione.

Dott. ARMENISE. — Cinque paralitici sono stati sottoposti alla inoculazione di malaria (estivo-autunnale e quartana). Risultati: 2 remissioni complete con ritorno dell'infermo al proprio impiego, un risultato ancora dubbio in un medico, per alternative di remissione completa e peggioramento, 2 casi immutati.

C. ROSSI.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Sedute del 7 febbraio e 14 marzo 1926.

Presidente: Prof. LUGIATO.

Sulle dilatazioni dell'esofago.

Dottori CASTELLI e L. GAVAZZENI. — Riferiscono sulle dilatazioni dell'esofago in rapporto alla patogenesi ed alla diagnostica sopra tutto radiologica e presentano varie radiografie che riguardano due diverticoli a tipo Zenker ed uno epibronchiale da trazione e pulsione combinate; dilatazioni secondarie e neoplasie esofagee e gastriche; dilatazioni idiopatiche o megaesofagi.

Particolarmente interessante una dilatazione esofagea da stasi in seguito a carcinoma stenosante, la quale aveva raggiunte le dimensioni di quelle idiopatiche.

Nuovi orientamenti delle teorie immunitarie.

Prof. D'ALESSANDRO. — L'O. riassume la nuova concezione dell'infezione locale e della conseguente immunità locale secondo l'opera di Besredka e della sua scuola. Dice delle speranze, che questi nuovi orientamenti aprono anche per la razionale applicazione della vaccino-terapia e vaccino-profilassi non solamente in alcune infezioni alle quali è già stata applicata con successo, ma anche nel massimo dei nostri flagelli: la tubercolosi.

Del megasigma.

Dott. G. JONA. — Illustrandone un caso di propria osservazione, complicato ad enorme fecaloma e diagnosticato radiologicamente, passa in rivista le diverse teorie sul meccanismo patogenetico di detta forma morbosa concludendo, nel suo caso, per una forma paralitica.

Cinque casi di forme neoplastiche trattati con la radiumterapia.

Dott. M. CAMPLANI. — In tre casi si trattava di carcinoma cutaneo del tipo epidermoide così estesi che il chirurgo non aveva creduto intervenire perchè la demolizione si imponeva molto vasta. Guarigione clinica completa datante da 8 a 12 mesi. In un caso si trattava di una forma dello stesso tipo, però con distruzione in profondità. Si è avuta la cicatrizzazione dell'ulcerazione ed anche l'infiltrazione è notevolmente diminuita.

L'ultimo caso riguarda un carcinoma della portio uterina guarito clinicamente da oltre 10 mesi.

A. REGNOLI.

Associazione Medico-Chirurgica Nissena.

Seduta del 1° ottobre 1925.

Presidenza: Dott. PIAZZA, Presidente.

Su un caso di omotrapianto osteo-periosteo.

Dott. PIAZZA. — L'oper. fu eseguita in un individuo affetto da arto superiore destro ciondolante passivo, per mancanza completa dell'epifisi superiore e della metà corrispondente della diafisi omerale, conseguente a ferita d'arma da fuoco. L'O. descrive il suo intervento chirurgico, consistente, anziche nell'amputazione dell'arto, reclamata dall'infermo, nel provocare un'anchilosi della spalla, interponendo fra il moncone dell'omero e la spalla un frammento osseo prelevato dalla tibia sinistra dello stesso soggetto, per non accorciare di molto, con l'anchilosi, l'arto. L'O. presenta delle radiografie, prese in diversi periodi, che dimostrano il graduale svolgimento dell'innesto osseo. Dopo 32 mesi dall'intervento operatorio l'arto non è più ciondolante, poichè il segmento brachiale dà valido appoggio all'avambraccio e alla mano, ed il paziente si avvale utilmente del suo arto. L'esame radiologico, eseguito allora, fece constatare anche la perfetta riuscita del trapianto, presentando questo, sulla lastra, un'ombra densa e forte, indice sicuro della sua vitalità e calcificazione.

Il prof. SAGONA si compiace del successo operatorio, ma ai fini dottrinali avrebbe preferito che lo studio fosse stato completato dall'esame istologico di un frammento del trapianto, prelevato molti mesi dopo l'innesto.

Il prof. SCARLATA ritiene che nel campo scientifico sia, ormai, affermato che il periostio vivente, dopo il trapianto, conserva la sua attività osteogenetica.

L'O. risponde al prof. SAGONA, dicendo che non credette opportuno prelevare anche un piccolo frammento dall'innesto già attecchito. Si dichiara d'accordo, poi, col prof. SCARLATA, al quale fa osservare che la controversia non riguarda il periostio, ma il tessuto osseo. Infine ringrazia gli intervenuti per la benevola attenzione ed il cortese interessamento prestato alla relazione.

Demografia e statistica sanitaria del Comune di Caltanissetta.

Dott. DELL'AIRA GIUSEPPE. — L'O. presenta una serie di tavole a colori che costituiscono una

prima serie di quelle che l'Ufficio Sanitario, di cui egli è capo, ha in cura di elaborazione. Tratta dei matrimoni, delle nascite, del movimento demografico, delle malattie epidemiche ed età dei morti, della epidemia di vaiuolo 1905-906 e lotta contro il vaiuolo dal 1905 al 1923, della epidemia d'influenza nel 1918.

Seduta del 5 novembre 1925.
Presidenza: Dott. PIAZZA, Presidente.

Su un caso di osteo-plastica da auto-innesto.

Prof. PIAZZA. — L'O., ad illustrazione di quanto ebbe a dire nella precedente seduta riguardo agli omo-trapianti ossei, presenta un ragazzo di 13 anni, manovale muratore, il quale cadendo da un'impalcatura si produsse ferita alla regione temporo-parietale sinistra con avvallamento dell'osso parietale. Si manifestarono subito vomiti e polso cerebrale. Praticato l'intervento chirurgico, si costata una grossa scheggia ossea, larga 3 cm. e lunga 7 cm., completamente mobile; era leso anche il ramo anteriore dell'a. meningea media, che venne suturato; la dura madre integra. L'O. dice che egli prelevò quella scheggia ossea e, dopo averne regolarizzati i margini, la applicò sulla breccia di frattura dell'osso; in fine venne suturato il lembo cutaneo. L'andamento postoperatorio è andato bene: il fanciullo, operato il 9 ottobre, esce il 5 nov. completamente guarito, senza che vi sia scontinuità o rammollimento dell'osso.

L'O. in ultimo fa risaltare il valore di questo caso, in cui, a differenza dei precedenti piccoli innesti, si tratta di un autoinnesto di una grossa scheggia.

La preservazione dell'infanzia in rapporto alla lotta contro la tubercolosi.

Dott. LUIGI SAGONA. — L'O. inizia la sua smagliante conferenza con lo svolgere in maniera competente il concetto di disposizione ed eridatarietà nella tubercolosi; passa in rassegna le svariate teorie in proposito, facendone la giusta e serena critica, dimostrando in modo chiaro quello che allo stato attuale deve intendersi per ereditarietà della tubercolosi. Accenna alla teoria della latenza del germe ed alla questione svolta magistralmente dal KUS circa il contagio. Discute ampiamente sulle diverse vie di penetrazione del germe nell'organismo umano, accennando specialmente alla dibattuta questione dell'introduzione per via aerogena od enterale.

In armonia ai moderni concetti di profilassi della tubercolosi, dice dei meravigliosi risultati ottenuti alle Crechès del Belgio e di Parigi, nonchè ai Preventori ed alle Scuole all'aperto. Accenna alla questione modernamente dibattuta sulla vaccinazione preventiva antitubercolare, e conclude infine che se si vuole veramente fare opera efficace di profilassi e di lotta contro la tubercolosi, essa deve incominciare sin dall'infanzia, istituendo ed incoraggiando tutte le istituzioni che mirino a tale scopo.

La conferenza è stata ascoltatissima ed alla fine coronata d'applausi.

Il presidente prof. PIAZZA accenna ai grandi benefici della luce e del sole nella cura della tubercolosi e fa voti che possa al più presto sorgere tra noi un istituto che possa accogliere, sotto le ali del medico competente, tutti quei bambini bisognevoli di una tale cura.

Il dott. DELL'AIRA, Ufficiale Sanitario, si dice ben lieto di poter annunziare che un tale istituto sorgerà nel breve tempo possibile, mercè la fattività del prof. SAGONA e il buon volere dell'attuale Commissario del nostro Comune.

Il prof. SAGONA, nel ringraziare, fa presente all'uditorio che alla dipendenza del Dispensario d'Igiene Sociale funzionerà anche l'« Istituzione dell'Aiuto materno ed assistenza ai lattanti ».

Seduta del 12 febbraio 1926.
Presidenza: Dott. PIAZZA, Presidente.

Su due casi di amebiasi ricoverati all'Ospedale Vittorio Emanuele II.

Dott. DELL'AIRA GIUSEPPE. — L'O. riassume in modo molto chiaro e sintetico la storia dell'amebiasi, e le sue diverse manifestazioni e complicanze strane e non sospette nei diversi organi (bronchiti, vaginiti, cistiti, ecc.). Riassume brevemente la storia clinica dei due ammalati; il primo trattasi di una donna, domestica, di circa 40 anni, di aspetto molto pallido, sofferente e con alvo diarroico da circa un anno, con febbre a tipo irregolare raggiungendo anche i 40 gradi. Non è mai stata fuori da Caltanissetta, nè ha avuto mai contatto con persone provenienti dai paesi tropicali. È stata ricoverata all'Ospedale il 23 dicembre 1925. Il secondo caso, trattasi di un uomo di anni 70, porta-ceste al mercato: entrato all'Ospedale il 4 febbraio 1926 per enterocolite della quale era sofferente da circa sei mesi: non ha avuto mai febbre nè ha sofferto alcuna malattia degna di nota: nè si è mai allontanato da Caltanissetta.

Il dott. SCARLATA nel compiacersi dell'esposizione fatta, mette in rilievo che l'infezione dell'entameba nel dopo-guerra si è molto diffusa e mette in guardia i medici di sospettare sempre un'infezione protozoaria in forme di enterocolite che durano parecchio. Fa rilevare che a lui molti anni fa è accorso un caso di spasmo del piloro che a Roma venne diagnosticato come causato di infezione di amebiasi, e guarito radicalmente con la cura opportuna.

Il dott. MAZZONE riferisce che a lui a Grottaferrata è occorso di vedere una donna affetta da bronchite cronica, diagnosticata per parecchio tempo come specifica, sostenuta da infezione da amebiasi e guarita con la cura specifica.

Il Segretario: Dott. A. CAMMARATA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'aritmia completa.

L'aritmia completa si compone essenzialmente di due elementi essenziali; l'uno auricolare, la fibrillazione che costituisce il disturbo fondamentale; l'altro ventricolare che, pur essendo un carattere fino ad un certo punto secondario, costituisce un disturbo clinico di grande importanza per le sue possibili conseguenze. Nella digitale possediamo un rimedio della tachiaritmia ventricolare, ma il trattamento razionale dell'aritmia completa deve soprattutto essere diretto al suo disturbo fondamentale, cioè alla fibrillazione auricolare.

Contro la fibrillazione auricolare si può contare soltanto sulla chinidina la quale però potrà dare risultati favorevoli soltanto nei casi di aritmia completa parossistica in un cuore ancora sufficiente ed allorchè il disturbo è relativamente recente. In tali casi la chinidina, pur avendo una azione deprimente sul miocardio, trova ancora una certa disponibilità di capacità funzionale cardiaca che è anche possibile aumentare con un trattamento tonicardiaco precedente.

Oltre alla somministrazione di un prodotto puro, H. Vaquez e E. Donzelot (*Ars medica* e *Minerva Medica*, 10 aprile 1926) consigliano di provare la suscettibilità dell'individuo mediante piccole dosi, per esempio con due compresse da 20 cg. per due giorni. Se si ha diarrea, nausea o vertigini, è meglio sospendere la medicazione. Se invece la chinidina è ben tollerata, si darà la dose utile che è di 3-4 grammi, ripartiti in dosi quotidiane di g. 1-1.20. La regolarizzazione del ritmo si ottiene generalmente in 5-6 giorni. Ottenuto l'esito favorevole sarebbe utile dare il rimedio in modo discontinuo e cioè 40 cg. al giorno per una settimana, alternando con periodi di riposo di 15 giorni; oppure, g. 1-1.20 ai primi due giorni di ogni settimana.

Se la fibrillazione è di data più antica, con o senza cardiopatia, si istituirà un trattamento simile al precedente ma con estrema vigilanza; nei casi di aritmia inveterata con scompenso la chinidina è da proscriversi o da farsi precedere da digitale o da uabaina.

I disturbi dati dalla chinidina sono di solito: nausea, diarrea, cefalea, vertigini; più raramente si hanno disturbi bulbari con sincopi, raffreddamento delle estremità e tendenza al collasso; si sono perfino descritti casi di morte probabilmente per embolie da proiezione di coaguli dall'auricola per la maggior validità delle contrazioni.

Per quanto riguarda la cura della tachiaritmia ventricolare, la digitale è assolutamente controindicata nella forma parossistica in cui si daranno i calmanti, bromuri, valeriana, ecc. Nelle forme di tachiaritmia permanente senza insufficienza cardiaca la digitale si dà come moderatrice dell'automatismo ventricolare e come intensificatrice della sistole; si userà la digitalina al 1/1000 (20 gocce per 2 giorni e 10 nei 2 giorni seguenti); nei casi in cui l'aritmia si fa grave qualche giorno dopo la sospensione della digitalina, la si riprenderà intermittentemente.

La vera indicazione della digitale è data dai casi di tachiaritmia con insufficienza cardiaca. Se poi nonostante un miglioramento dell'aritmia si ha un aggravamento dell'insufficienza cardiaca, si ricorrerà alla uabaina per via endovenosa (1/4 di mg. ogni 4-5 giorni).

Il controllo elettrocardiografico, per quello che riguarda la fibrillazione auricolare, è molto utile prima del trattamento chinidinico. Le fibrillazioni che si traducono con tratti fini e rapidi implicano un disturbo profondo, spesso ribelle al trattamento. Le grandi fibrillazioni irregolarmente interrotte da contrazioni auricolari efficaci tradiscono un disturbo meno grave e più facilmente domabile con la chinidina.

fil.

La fragilità della sindrome anatomo-clinica delle miocarditi e le cause della insufficienza miocardica detta primitiva.

Allorchè era stato creato il gruppo delle miocarditi, si era stabilito un rapporto di causa ad effetto fra la lesione istologica della fibra cardiaca o del tessuto interstiziale del miocardio e la sindrome di insufficienza cardiaca con ipo-, asistolia, collasso; si ammetteva quindi che un'insufficienza cardiaca che non riconoscesse una causa meccanica evidente era da attribuirsi ad un'alterazione anatomica del miocardio.

Le ricerche moderne vanno dissociando invece il gruppo delle miocarditi, sia acute che croniche; i fatti hanno dimostrato che possono esistere delle lesioni di miocardite senza grandi manifestazioni cliniche e d'altra parte, delle sindromi miocardiche senza alterazioni del miocardio. Alla prima categoria si riportano osservazioni (fatte con la precauzione di mettersi al sicuro da ogni cadaverizzazione) di indubitabili lesioni istologiche del-

la fibra cardiaca senza che in vita si fossero manifestate alterazioni funzionali dell'attività cardiaca; tali lesioni potrebbero forse attribuirsi ad una miocardite meragonica. Del resto, lesioni istologiche del miocardio si trovano frequentemente nei vecchi, senza che in vita vi sia mai stato alcun segno anormale da parte del cuore.

Ancor più dimostrativi sono i fatti della seconda serie, di sindromi di insufficienza cardiaca senza lesioni. Non è infrequente il caso di tifosi, morti con sindromi di miocardite, in cui l'autopsia ha dimostrato l'assoluta integrità del miocardio e delle capsule surrenali. Così pure vi sono osservazioni di miocardite subacuta primitiva in cui all'autopsia non si sono trovate che minime lesioni interstiziali.

Per le insufficienze cardiache primitive, senza o con poche lesioni, si è creata la denominazione di « miocardie ». In esse, che si manifestano con asistolia irriducibile, smorzamento dei toni, rumore di galoppo, soffi di dilatazione, ipotensione arteriosa, polso alternante, non si trovano all'autopsia nè sinfisi, nè endocardite, nè nefrite, ma soltanto un cuore grosso, dilatato ed ipertrofizzato senza lesioni importanti del muscolo.

La patogenesi di queste forme è tuttora oscura. Non è improbabile che esse siano secondarie all'ipotonia vasale periferica che si traduce con l'ipotensione vasale permanente. Tale modo di vedere sarebbe confermato dall'osservazione che l'aneurisma arterio-venoso può dare una sindrome di asistolia irriducibile, che può scomparire soltanto con l'estirpazione dell'aneurisma stesso. Del resto, anche l'inefficacia nelle forme d'insufficienza accennate, dei soliti tonicardiaci (digitale uabaina) ed invece il beneficio apportato dai medicamenti che rialzano la tensione (bagni freddi, stricnina, ergotina e soprattutto adrenalina) starebbero appunto a dimostrare l'origine da ipotensione.

Come però osserva N. Fiessinger (*Journ. des Praticiens*, 6 marzo 1926), queste osservazioni non chiariscono ancora la questione, tanto più che l'ipotensione arteriosa è di osservazione comune, mentre abitualmente non le succede l'insufficienza. Comunque l'ipotesi è interessante e dimostra che l'attuale concezione della miocardite non soddisfa più e che il cuore si mostra sempre più un organo sottoposto alle più svariate influenze.

fil.

Tubercolosi polmonare simulata dalla stenosi mitralica.

S. Bonnamour e F. Brochier (*Le Journal de médecine de Lyon*) osservano che le forme pseudotubercolari nei mitralici sono di vario tipo: bronchite diffusa, prevalentemente alle basi; bronchite acuta con fenomeni generali; congestione di uno o di ambedue gli apici; edema polmonare con accessi asmatiformi; forma emottoica. Quest'ultima è la più frequente, e quella che più facilmente può trarre in inganno. Il carattere dei rantoli (più umidi, più superficiali, più abbondanti, più sonori di quelli tubercolari), l'assenza della febbre, l'esame dell'espettorato negativo per il bacillo di Koch, l'esame radioscopico negativo, fanno pensare ad un'origine cardiaca dei fenomeni polmonari. La supposizione si farà certezza, quando il riposo a letto e i cardiotonici avranno ragione dei sintomi respiratori.

M.

La trombosi obliterante dell'orecchietta sinistra.

Le trombosi dell'orecchietta sinistra possono dividersi in due categorie, da una parte, le piccole trombosi che si frammentano e danno luogo ad embolie, dall'altra quelle grosse, peduncolate o non, che arrivano a riempire più o meno completamente la cavità auricolare e poi ad ostruire l'orificio mitralico ed a determinare degli accidenti acuti rapidamente mortali. La sintomatologia di queste ultime si traduce in due tipi di accidenti; la morte improvvisa oppure la morte rapida in qualche ora con dispnea intensissima, pallore estremo, debolezza del polso che diventa filiforme, battiti cardiaci irregolari e tumultuosi.

C. Aubertin e G. Rimé (*Presse médicale*, 1926, n. 7) in base all'osservazione di due casi, fanno notare che si dovrà pensare alla trombosi obliterante dell'orecchietta sinistra quando in un individuo con aritmia completa si vedranno comparire alle estremità fatti di cianosi del tipo pregangrenoso, accompagnati da debolezza estrema del polso e da scomparsa delle oscillazioni radiali. Tali fenomeni possono persistere anche parecchi giorni prima dell'esito fatale. *fil.*

L'embolia postoperatoria.

Da una statistica raccolta da E. Forgue (*Journ. méd. français*, 1925, n. 11) risulta che le operazioni che espongono maggiormente al rischio di un'embolia sono quelle che si fanno nel cavo addominale e specialmente quelle pelviche; più frequentemente si ha l'embolia nell'isterectomia per fibroma o cancro e nella prostatectomia. L'età in cui si manifesta più spesso va dai 40 ai 50 anni.

Importante per prevenire questa grave complicazione è lo stadio preoperatorio in cui si dovranno regolare le condizioni di equilibrio cardiovascolare e sanguigno dell'individuo ed apportare le migliori condizioni per la circolazione

arteriosa e venosa. Durante e dopo l'intervento le cure utili si limitano alla sola asepsi scrupolosa. Altri coefficienti però possono contribuirvi fra cui specialmente i traumatismi venosi, la durata ed il tipo dell'anestesia. Gli strappi ampî e brutali, la legatura di peduncoli voluminosi vanno eliminati se si vogliono evitare cause possibili di embolia.

Più interessanti sono le cure postoperatorie che si riassumono nelle seguenti: combattere la stasi, consigliare fin dal primo giorno lente e continue flessioni ed estensioni degli arti, nonchè respiri profondi per facilitare il lavoro del cuore destro, aspiratore del sangue venoso, non lasciare stabilirsi le condizioni di inspessimento sanguigno per disidratazione ed, eventualmente, procedere a somministrazione di acido citrico (15 g. p. die in grande volume di acqua), piccole ipodermoclisi, proctoclisi.

Due segni premonitorii possono richiamare l'attenzione, quello di Mahler (accelerazione progressiva del polso senza parallelismo termico) e quello di Michaelis (piccoli accessi di leggere temperature, indice di piccole infezioni flebitiche); essi però, presi separatamente non hanno valore.

Le cure sono nulle; si cita però qualche caso di sopravvivenza mediante prolungate ossigenazioni; invece l'arteriotomia polmonare, tentata dai chirurghi berlinesi, è stata sempre inefficace.

fil.

Il cloruro di calcio come tonicardiaco.

Il valore del cloruro di calcio come tonicardiaco è tuttora discusso; alcuni ritengono di potere avere i migliori effetti usandolo per via endovenosa. C. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 13 marzo 1926) non l'ha mai usato per tale via; per quella orale però sembra che non dia nulla più di quanto dà la digitale senza di esso.

Di efficacia ineguale si è mostrato il cloruro di calcio nelle nevrosi tachicardiche, in quantità di 5-10 grammi in 200 di acqua. Si può associarlo alle seguenti pillole sedative: Bromidrato di chinino cg. uno; solfato di sparteina cg. due; estratto di valeriana q. b.; una pillola prima dei pasti.

La medicazione calcica (2-3 g. di lattato di calcio per bocca) avrebbe la facoltà di fare scomparire i fenomeni d'intolleranza gastrica per la digitale; ma non vi è bisogno di ricorrere ad esso, bastando invece la somministrazione per via sottocutanea, in forma di olio digitalico o di altra preparazione.

In complesso il cloruro di calcio come medicamento cardiaco può essere dato in due condizioni: in certi nervosi tachicardici e negli individui in cui la digitale non produce più gli effetti attesi. Negli ultimi periodi delle malattie cardiache si potrà prescrivere simultaneamente il cloruro di calcio e la digitale, soprattutto per scopi psichici senza però che si possa fondare su di esso delle grandi speranze.

fil.

Il salasso.

Al giorno d'oggi, a differenza di quanto si riteneva un tempo, il salasso non viene più considerato soltanto dal punto di vista della dinamica sanguigna, ma lo si mette in rapporto con le più moderne questioni del ricambio materiale e della terapia. Si è rilevato anzitutto che esso agisce sulla concentrazione del sangue e sul ricambio fra sangue e tessuti. Era già stato notato che, dopo il salasso, si ha uno stato di idremia: decresce il numero delle emazie, diminuisce la quantità di albumina, del cloruro di sodio e dello zucchero del siero. Tale idremia però non è costante od è tarda e manca specialmente nei malati con edemi e nel mixedema. Il liquido che penetra nel sangue è isotonico ad esso, ma è ricco in cloruro di sodio; probabilmente il compenso alla perdita del sangue avviene principalmente mediante la circolazione della vena porta. Pare che le emazie perdute vengano sostituite abbastanza rapidamente, non così l'emoglobina; comunque, la cura dell'anemia col salasso appartiene ormai alla storia, mentre esso è tuttora usato nella policitemia.

Nonnenbruch (rif. in *Gazz. Ospedali e cliniche*, 14 febbraio 1926) riconosce che le cause le quali determinano questi scambi fra sangue e tessuti ci sono tuttora ignote, mentre, anche per il medico pratico sarebbe importante il conoscere il modo con cui il sistema vasale viene nuovamente riempito di liquido dopo un'abbondante perdita sanguigna.

L'A. esclude che il salasso abbia azione diuretica; la diuresi che talora si osserva dopo di esso è probabilmente dovuta ad un miglioramento della circolazione e ad una migliore irrorazione sanguigna dei reni.

Numerose sono le ricerche sull'influenza del salasso sul ricambio degli albuminoidi, ricerche le quali avrebbero anche importanza pratica tanto più che il salasso appartiene agli interventi terapeutici più in uso dell'uremia acuta. Alcuni ammettono invece che il salasso eserciti azione dannosa, aumentando il ricambio degli albuminoidi. Sembra però non sufficientemente dimostrato che il salasso nelle condizioni patologiche dell'insuffi-

cienza renale determini un disfacimento tossico dell'albumina ed è tuttora indecisa la questione se esso abbia veramente un valore terapeutico nell'uremia e come tale eventuale effetto possa essere spiegato.

Sul ricambio materiale e su tutta la vita delle cellule il salasso abbondante esercita influenza; dopo di esso si vedono comparire nel sangue delle sostanze estrattive, che possono agire sul cuore, annullare l'azione della muscarina, uccidere i bacilli del carbonchio. Tali sostanze si producono anche dopo le iniezioni di eteroproteine (caseosan) e l'azione dei raggi X.

Oltre a queste diverse azioni che si conoscono ne esistono certamente altre occulte per cui il problema del salasso ci appare oggi ben complesso ed in molti punti ancora oscuro.

fil.

La canfora.

La canfora è un prezioso coadiuvante, come tonicardiaco, negli stati infettivi ed adinamici. Una buona formula per iniezioni ipodermiche e data dall'associazione di canfora (1 g.) con etere (1 g.) in 10 cmc. di olio di uliva. Si può anche associare alla canfora la morfina; canfora g. 1; morfina cg. 3; acido oleico q. b. per sciogliere; olio di oliva lavato all'alcool q. b. per 10 cmc. Se ne fa un'iniezione ogni 2-3 ore fino al raggiungimento dell'effetto sedativo.

E. Desesquelle (*L'Evolution médico-chirurgic.*, agosto 1925) fa rilevare la tossicità della canfora quando sia data oltre 1 gr. nell'adulto e 30 cg. nel bambino; condanna giustamente le iniezioni endovenose che hanno provocato dei veri disastri.

All'esterno, la canfora trova la sua applicazione sotto forma di alcool canforato, di linimento, di pomata, nella coriza, nella eresipela, nel prurito, nell'orticaria, nell'impetigo, ecc.

Come pomata nel prurito e nei geloni, si può dare: olio canforato g. 10; cloralio idrato g. 1; lanolina g. 90. Nell'orticaria è consigliabile la canfora polverizzata (g. 2) mescolata con ossido di zinco e talco (ana g. 20). Nell'eresipela, si consigliano le spennellature con mentolo e guaiacolo (ana g. 2) in 60 grammi di olio canforato.

fil.

SEMEIOTICA.

La linea di Shenton.

Renner (*Centralblatt f. Chirurgie*, n. 51, 1925) attira l'attenzione dei chirurgi sulla linea di Shenton, già nota ai radiologi, la quale è formata dal margine interno del collo femorale e dal margine superiore del forame otturatorio. Questa linea rappresenta un arco di cerchio, a cominciare dal piccolo trocantere che deve venire fotografato sulla lastra radiografica. L'importanza di questa linea appare evidente, tenendo presente come il contorno superiore del forame otturatorio giace in immediata vicinanza dell'acetabolo, e come la benchè minima deviazione della continuità di questa linea rappresenti uno spostamento verso l'alto della testa femorale. La integrità della linea si rappresenta con un + e dimostra che la cartilagine articolare è rimasta intatta oppure è leggermente ispessita come si verifica qualche volta nel morbo di Calvé-Legg-Perthes. Viceversa nelle lussazioni anche iniziali delle coxiti, nelle distruzioni tubercolari della testa femorale, la linea è spezzata ossia esiste una Shenton. — Tale dato dovrebbe avere importanza per controllare l'avvenuta ed esatta riduzione delle lussazioni dell'anca.

E. M.

L'ascoltazione delle giunture.

Maliwa (*Wiener klinische Wochen.*, 1925, n. 6) consiglia l'ascoltazione metodica delle articolazioni mediante lo stetoscopio biauricolare a piccole piastre che vengono applicate sulla cute. L'ascoltazione può praticarsi alla spalla, sull'acromion, oppure in avanti o indietro di esso, mentre si imprimono rotazioni, abduzioni ed adduzioni dell'arto. Così pure si può procedere all'anca, sul gran trocantere dell'arto. Così pure si può procedere all'anca, sul gran trocantere o poco più in su, dove trovasi la proiezione del labium glenoidale, od al ginocchio, sulla rotula, in fuori ed in dentro della rima articolare.

Sono possibili le sensazioni acustiche più diverse; una vera scala che può passare dal crepitìo tenue, come uno sfregamento pleurico, fino a vibrazioni sonore, allo scricchiolìo, mentre variando l'applicazione, si riesce a precisare il punto massimo e quello minimo. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sonno e centro del sonno.

Lo stato di sonno dipenderebbe secondo H. Haenel (*Med. Klinik*, n. 34, 1925) dall'assenza di stimoli che partendo da un determinato territorio del cervello renderebbero le cellule della corteccia atte alle funzioni coscienti. Non si può quindi parlare di un centro del sonno bensì di un centro dello stato sveglio. A seconda dell'intensità degli stimoli che partono da questo centro varia il grado della attenzione o la lucidità della coscienza. I disturbi del sonno negli individui che hanno sofferto di encefalite epidemica dimostrano come la lesione di una determinata regione del mesencefalo determini un sonno patologico. POLL.

Rapporto tra reazioni cutanee e funzioni ovariche.

Heilig e Hoff (*Klinische Wochenschrift*, n. 18, aprile 1925) hanno fatto un accurato studio di questa questione ottenendo i seguenti risultati: nei giorni che precedono la mestruazione, vi è una diminuzione della reattività della pelle all'adrenalina ed una scomparsa di questa durante il periodo delle regole. La reattività della morfina aumenta nello stesso periodo per giungere al suo massimo il 1° giorno delle mestruazioni; la reattività alla caffeina non è influenzata dal ciclo mestruale. Durante la gravidanza la reazione cutanea alla adrenalina e alla caffeina aumenta, mentre quella alla morfina è assai ridotta od anche abolita.

Gli AA. citano questi fatti senza trarne conclusioni. L. TONELLI.

MEDICINA SOCIALE.

Le basi scientifiche del movimento eugenico.

Righetti espone in *Difesa Sociale* le origini e lo sviluppo del movimento eugenico contemporaneo, che ebbe per iniziatore Francis Galton, che, come è noto, prese le mosse dalla dottrina dell'evoluzione organica e della selezione naturale. A dare più concreto contenuto all'eugenica si sfruttarono i postulati di altre teorie e fatti, che costituiscono la scienza dell'eredità o genetica. Questa scienza poggia essenzialmente sulle esperienze e sulle leggi formulate da Gregorio Mendel.

Mendel mediante l'impollinazione artificiale incrociò varietà diverse di pisello e osservò che la trasmissione di determinati caratteri (statura della pianta, posizione del fiore, tessitura e colore del baccello e del fiore, ecc.) si verificava sempre secondo regole costanti, o che negli ibridi i singoli caratteri si trovavano rappresentati in proporzioni numeriche determinate. In base ai risultati di tali esperienze ha formato tre leggi che portano il suo nome.

PRIMA LEGGE. — *Legge dell'uguaglianza o dell'uniformità dei bastardi della prima generazione.* — I prodotti della prima generazione ibrida presentano tutti le stesse caratteristiche, nel senso che gli ibridi tutti presentano: *a*) il carattere di una delle due forme dalle quali provengono; *b*) un carattere intermedio; *c*) caratteri del tutto nuovi. Così nei prodotti dell'incrocio della varietà alta con la varietà nana del pisello dominano gli esemplari alti; i prodotti dell'incrocio della varietà a fiori rossi con la varietà a fiori bianchi della Salapa mirabilis hanno fiore rosa. Quando i bastardi della prima generazione presentano caratteri affatto diversi da quelli delle forme originarie, i caratteri stessi si trovano per lo più in ascendenti remoti.

SECONDA LEGGE. — *Legge della disgiunzione dei caratteri* che si riferisce agli ibridi della seconda generazione, in quanto nei loro prodotti ricompaiono i caratteri propri delle forme originarie ed in determinate proporzioni. Così i fiori rosa bastardi della Salapa mirabilis daranno su 100 prodotti della loro fecondazione 50 piante con fiori rosa, 25 con fiori rossi e 25 con fiori bianchi, ossia nella proporzione 2:1:1. Inoltre: queste piante a fiori rossi e bianchi daranno, riproducendosi, sempre piante a fiori rossi e bianchi in quanto si tratta di forme pure contenenti il carattere originario, mentre i fiori rosa anche della seconda generazione si riprodurranno disgiungendo i loro caratteri come nella prima generazione.

TERZA LEGGE. — *Legge della indipendenza dei caratteri.* — Nei casi d'incrocio fra individui differenti per parecchi caratteri ciascun carattere si comporta, dal punto di vista della ricomparsa nelle generazioni ibride, in modo indipendente dagli altri.

Le leggi di Mendel si applicano non soltanto alle piante e agli animali, ma anche all'uomo. In questo è assai difficile controllarne l'esistenza, sia perchè non è possibile istituire esperimenti di incrocio, sia perchè le proporzioni numeriche stabilite da Mendel emergono dall'osservazione di un gran numero di individui, i quali possono provenire tutti da una stessa coppia o da un unico animale o pianta, laddove il numero dei figli che sogliono nascere da una coppia umana è limitato. Tuttavia studi recenti hanno permesso di accertare nell'uomo l'esistenza di un numero considerevole di caratteri somatici e psichici, morfologici e funzionali, normali e patologici, i quali vengono trasmessi alla discendenza conforme alle leggi di Mendel e che perciò si chiamano mendeliani. Vi sono ad es. malattie familiari, che si comportano, dal punto di vista ereditario come caratteri mendeliani: la corea di Huntington, la cheratodermia ereditaria degli arti, alcune malformazioni delle dita (brachidattilia, sindattilia, polidattilia, ecc.), l'emeralopia, il sordomutismo, la retinite pigmentaria.

Galton studiando statisticamente in determinati gruppi di popolazione l'ereditarietà di alcuni speciali caratteri (statura, peso, ecc.), giunse alla formulazione di due leggi, che da lui hanno preso il nome, le quali apparentemente contrastano con quelle di Mendel.

Secondo la prima di queste leggi (*legge dell'eredità atavica o delle proporzioni definite*) la somma del patrimonio ereditario di un individuo va ripartita esattamente in due metà, delle quali

l'una deriva dai genitori, mentre l'altra deriva da tutta la serie infinita degli antenati, e ciò in proporzione tanto minore quanto più remoti essi sono.

Indicando con 1 l'insieme dell'eredità relativamente ad un dato carattere, il contributo dato dai genitori a tale carattere avrebbe il valore di 1/2, quello dei 4 nonni il valore di 1/4, quello degli 8 bisnonni di 1/8 e così via. In conseguenza ciascun genitore arreca un contributo di 1/4, ciascun nonno di 1/16, ciascun bisnonno di 1/64 e così via.

Pearson in base a ricerche accurate ha rettificato la serie di Galton. Ciò che esprime essenzialmente questa legge, è che i figli assomigliano in media molto più ai genitori che ai nonni, più ai nonni che ai bisnonni, ecc.

La 2ª legge di Galton è detta *della regressione*. Secondo questa legge, le coppie umane che si distaccano dalla media generale di una data popolazione per un dato carattere (ad es. per la statura), danno prodotti, i quali si distaccano bensì anch'essi dalla media nello stesso senso, ma in maniera un po' meno accentuata. In altri termini essi regrediscono alquanto.

Le leggi di Galton pur essendo in apparente contrasto con quelle di Mendel sono in sostanza concordanti con esse. Le leggi di Mendel sono analitiche, quelle di Galton sintetiche, le oscurità regnanti nel meccanismo dell'eredità, in quanto egli notò che l'eredità è qualcosa di fondamentalmente diverso da una semplice trasmissione delle qualità individuali dei genitori ai figli e che ciò che si eredita è un *quid* ignoto, intimamente compenetrato nei genitori, riconoscibile solo attraverso la costituzione complessiva dei discendenti.

A questo *quid* Galton diede il nome di *massa ereditaria*, riconoscendone l'indipendenza dal corpo (*soma*). Naegeli lo chiamò *idioplasma* e Weisman *plasma germinativo*, identificandolo con gli elementi embrionali indifferenziati, da cui derivano, all'epoca della maturazione delle cellule sessuali, gli elementi riproduttori, e dimostrandone la continuità o inestinguibilità a traverso la serie infinita delle generazioni.

I risultati delle ricerche più moderne confermano sostanzialmente le vedute di Galton e di Weisman, inquantochè oggi si ritiene che ciò che si trasmette in eredità non è il complesso di caratteri che si manifestano ulteriormente nell'individuo e che ne caratterizzano le apparenze, l'imagine (il così detto *fenotipo*), bensì è la *disposizione* alla produzione di ciascun carattere. Ogni carattere è sempre la risultante di un certo numero di fattori o unità o geni, contenuti nel plasma germinale o come speciali proprietà morfologiche (dottrina dei *cromosomi*), o come modificazioni chimiche della sostanza delle cellule sessuali. Ciascun individuo possiede nel proprio plasma germinativo due serie omologhe di fattori, una serie proveniente dal padre, l'altra dalla madre, le quali concorrono in egual misura alla determinazione dei singoli caratteri. Il complesso dei fattori ereditari o geni costituisce il così detto *genotipo*, ed è questo che determina la costituzione dell'individuo.

Si consideri il caso più semplice, quello di una sola coppia di fattori, l'uno di origine paterna l'altro di origine materna, corrispondenti ad un determinato carattere. Secondo la nomenclatura biologica si dice che questi fattori costituiscono una *coppia allelomorfa*. Se ambedue gli elementi della coppia incarnano, per così dire, una stessa tendenza, si dice che l'individuo è *omozigote* per quel dato carattere; se sono antagonisti, si dice che l'individuo è *eterozigote*. Ad es. se un individuo eredita da ambedue i genitori la disposizione al colore biondo dei capelli, si dirà che egli è omozigote per il colore dei capelli. Se invece eredita dal padre la disposizione per il colore biondo e dalla madre quella per il colore bruno, si dirà che è *eterozigote*. Negli individui eterozigoti per lo più uno dei due fattori *domina* sull'altro, il quale vien detto perciò *recessivo*. Questo fattore recessivo non perde tuttavia la propria potenzialità e individualità, e può conservarla a traverso parecchie generazioni successive, pur rimanendo allo stato latente. Da due omozigoti nascono sempre individui omozigoti e la loro discendenza rappresenta una così detta *linea pura*. Gli ibridi sono eterozigoti.

L'accoppiamento di un individuo omozigote con un eterozigote, o quello fra due eterozigoti, può avere come conseguenza la ricomparsa di un carattere recessivo rimasto per più generazioni latente. Le unioni consanguinee favoriscono questo fenomeno, epperò sono sconsigliabili quando l'uno o l'altro dei coniugi è conduttore di un carattere patologico.

In molti casi la dominanza, rispettivamente la recessività, di un carattere è legata al sesso degli individui che si uniscono. Il sesso si comporterebbe come un carattere mendeliano, esso cioè verrebbe trasmesso da un fattore ereditario, al pari di tanti altri caratteri individuali. L'uomo è eterozigote rispetto a questo carattere, mentre la donna è omozigote. La determinazione del sesso sarebbe quindi subordinata alle stesse regole che dominano gli incroci.

Poichè non si ereditano i caratteri ma solo i fattori o geni contenuti nella massa ereditaria, è evidente che non si possono ereditare le qualità acquisite dall'individuo mediante l'uso o il non uso di organi. Le modificazioni indotte nell'orga-

nismo da fattori esogeni possono ripercuotersi sulla discendenza solo quando viene attaccato il plasma germinativo attraverso il soma, per modo che la massa ereditaria viene modificata.

Solo così si possono verificare le deviazioni dal tipo normale dei progenitori, i cui gradi estremi rappresentano la degenerazione.

Le leggi dell'ereditarietà finora definite sono sufficienti a dare un orientamento pratico, un indirizzo per il miglioramento della razza umana, che costituisce il problema assillante della moderna civiltà. L'eccessivo aumento dell'umanità richiede una rigorosa selezione dei tipi riproduttori della specie. Oggi ancora la riproduzione umana avviene senza alcuna preoccupazione dell'avvenire della prole e della razza, affidato al solo capriccio dell'istinto. Insieme alla coscienza igienica occorre creare nel popolo la coscienza eugenica.

DR.

VARIA.

Le delusioni della nuova pietra filosofale.

Le moderne teorie sulla struttura dell'atomo avevano fatto intravedere la possibilità di realizzare il vecchio sogno degli alchimisti di produrre artificialmente l'oro, e le esperienze di A. Miethe sembravano confermare praticamente le vedute teoriche. Questo ricercatore, di fatto, aveva osservato come le lampade a vapori di mercurio usate per ottenere i raggi ultravioletti sotto forti tensioni, vanno col tempo attenuando la loro azione, mentre sulla parete interna compare un deposito nerastro, che all'esame chimico si rivelò essere oro. Istituì quindi delle ricerche sistematiche, sottoponendo il mercurio all'azione di scariche elettriche sotto forti tensioni ed ottenne risultati che confermarono quelli iniziali.

E, siccome la presenza dell'oro non fu riscontrata nè nel quarzo degli apparecchi, nè nei materiali usati per gli elettrodi e nemmeno nel mercurio, dapprima purificato con ripetute distillazioni, si concluse che l'oro doveva essere stato prodotto dall'azione delle scariche elettriche sul mercurio in seguito ad una desintegrazione degli atomi.

I risultati trovarono una prima conferma da parte di uno studioso giapponese, H. Nagaoka, ma non mancarono le obbiezioni specialmente da parte di Riesenfeld il quale dimostrò che tutto il mercurio che viene in commercio contiene dell'oro da cui può liberarsi soltanto dopo lunghissime distillazioni nel vuoto, mentre tutto il mercurio usato finora per la trasformazione in oro e dichiarato privo dello stesso ne conteneva invece delle piccole quantità.

Per dirimere la questione che evidentemente ha una grande importanza teorica e pratica, il prof. A. Piutti ed il dott. Boggiolera della R. Università di Napoli hanno fatto in proposito alcune esperienze (1) che sembrano decisive. Hanno anzitutto distillato il mercurio nel vuoto usando pressioni di 1/1000 di mm. di mercurio. Quando nel palloncino non rimaneva più che una gocciolina di mercurio del peso di 10-20 centigrammi, veniva ricercato l'oro con una reazione (di Stammreich) che è tanto sensibile da poter riconoscere un milionesimo di milligrammo di oro in un chilogrammo di mercurio. Dopo due distillazioni così eseguite, nel mercurio non rimaneva nessuna traccia di oro.

Con questo mercurio i detti autori procedettero ad esperienze per vedere se fosse possibile la sua trasformazione in oro. Usarono a tale scopo diversi dispositivi con elettrodi di mercurio o di carbone, in atmosfera di idrogeno ed ottennero costantemente risultati negativi. Nemmeno con i potenti mezzi di cui oggi disponiamo, è dunque possibile ottenere la pietra filosofale.

Questo insuccesso sperimentale però non significa che la trasmutazione del mercurio in oro non possa avvenire in natura spontaneamente e continuamente. In favore di questa ipotesi sta la circostanza della costante presenza dell'oro nel mercurio del commercio ed è probabile che quantità maggiori di quelle fin qui riscontrate nel mercurio si trovino nei minerali da cui questo si estrae. Sarebbe perciò opportuno determinare la quantità media di oro contenuta in cinabri di cui si conosca con sicurezza l'età geologica (i giacimenti cinabriferi appartengono a tutte le epoche geologiche), in modo da stabilire se esista un rapporto di proporzionalità fra la detta età e la quantità di oro contenuta. Analoghe ricerche sono state fatte per il radio, l'elio ed il piombo nei minerali di uranio e di torio.

Se tali ricerche riuscissero positive si avrebbe un nuovo argomento in favore delle trasformazioni che si compiono nello spazio e nel tempo con vicenda infinita e, se fosse dimostrato che la trasmutazione si compie in tempo relativamente breve, si potrebbero forse spiegare le divergenze fra gli sperimentatori che si sono fin qui occupati della questione, ammettendo che durante il tempo trascorso fra la purificazione e l'esperienza si fosse già avuta una trasmutazione del mercurio in oro.

FILIPPINI.

---

(1) *Giornale di Chimica industriale ed applicata*, 1926, n. 2.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXIX. — Preferenza per invalidità di guerra.

Si trattava di un concorso al posto di aiuto chirurgo presso un ospedale. Era stato nominato l'ultimo graduato perchè invalido di guerra. Questioni: *a)* la legge 21 agosto 1921 n. 1312 per l'assunzione obbligatoria degli invalidi di guerra nelle pubbliche amministrazioni e nelle aziende private, si applica anche agli uffici tecnici sanitari? *b)* Il posto di aiuto chirurgo, al quale si accede mediante concorso, per nomina che ha effetti limitati ad un biennio senza possibilità di progressioni di carriera, si può considerare *ultimo* posto di ruolo? *c)* Qualora un concorrente faccia valere un titolo di preferenza per mutilazione od invalidità, senza che risulti in alcun modo la causa dell'una o dell'altra e non si conosca nemmeno quale sia l'organo leso, può l'amministrazione deliberare la nomina in base al titolo di preferenza assoluta senza accertare se la mutilazione o la invalidità siano tali da rendere meno atto il concorrente all'ufficio che è oggetto del concorso, specialmente poi se si tratti di un ufficio che richiede speciale capacità anche per integrità fisica? Può essere sufficiente in tal caso un semplice certificato generico di sana e robusta costituzione, quando a siffatta attestazione si contrappone la dichiarazione di mutilazione o invalidità senz'altra specificazione atta a designarne la natura e la entità?

Questi quesiti sono stati oggetto di contestazione innanzi al Consiglio di Stato Sezione V e sono stati risoluti con decisione 29 gennaio 1926 n. 24, la quale sembra a noi, almeno in parte, non giuridicamente esatta.

Circa la prima questione ha detto la V Sezione che l'art. 6 del regolamento 29 gennaio 1922 n. 92 ha inteso di estendere le norme dell'art. 8 della legge 21 gennaio 1921 n. 1312 anche al personale facente parte di ruoli speciali e tecnici, « nella quale denominazione sono senza dubbio compresi i sanitari delle istituzioni ospedaliere ». « Nè — soggiunse la decisione — il Consiglio di Stato è sede competente per giudicare se la suddetta disposizione regolamentare possa essere censurata di incostituzionalità ».

Per intendere meglio la questione è opportuno precisare che l'art. 8 della legge, regolando la proporzione numerica agli effetti della precedenza, specifica esplicitamente gli uffici amministrativi e di ragioneria, d'ordine e subalterni. Il regolamento, per l'*appplicazione* di questa legge, soggiunge che « le proporzioni d'impiego per gli invalidi stabilite dall'art. 8 della legge sono applicabili anche per i ruoli speciali e tecnici ». Ma questa disposizione regolamentare si deve intendere in armonia con la norma dell'art. 8 della legge, cioè come specificazione dei ruoli speciali e tecnici compresi nelle categorie stabilite nell'art. 8 di amministrazione o di ragioneria, d'ordine o subalterni. Trattandosi di un regolamento emanato, con decreto reale, per l'applicazione della legge, sarebbe illegittima la disposizione che fosse contraria alla disposizione di legge, per la quale il regolamento può stabilire soltanto norme di esecuzione, osservandone il contenuto e il limite. La questione è certamente discutibile dal punto di vista sostanziale, al fine cioè di stabilire se agli impieghi tecnici sanitari siano applicabili le norme per l'assunzione obbligatoria degli invalidi. Ma ci sorprende il criterio seguito dal Consiglio di Stato circa il sindacato sulla legittimità del regolamento. Dice la decisione che il Consiglio di Stato non è sede competente per giudicare se la suddetta disposizione regolamentare possa essere censurata di incostituzionalità. Ma qui si trattava, anzitutto, di *interpetrare* il regolamento nel senso più corretto, cioè in senso conforme e non difforme dalla legge. D'altra parte, trattandosi di un regolamento, cioè di un atto del potere esecutivo, per l'applicazione di una legge, spetta al magistrato il potere di dichiarare legittima o non una disposizione, a seconda che essa sia o non conforme alla legge.

Circa la seconda questione, dovendosi stabilire se il posto di aiuto medico sia « ultimo di un ruolo » la decisione ha detto così: « Secondo lo stesso art. 6 sono da ritenersi ultimi posti di ruolo quelli ai quali si accede secondo gli ordinamenti di ogni singolo ente, senza speciale anzianità o senza particolari meriti di servizio acquistati nella stessa amministrazione o in amministrazioni affini. Ove non esistano organici per gradi o anzianità si considerano ultimi posti di ruolo quelli ai quali si accede per ciascuna categoria, *senza speciale esperienza professionale.* Nell'applicazione dell'art. 8 della legge 21 agosto 1921 devesi tener conto di due principî: 1) che per poter far luogo alla applicazione dell'art. 8 è sufficiente che i posti siano più di uno, anche due soltanto; 2) che si hanno posti soggetti al-

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.**

l'art. 8 anche quando questi non abbiano una vera e propria organizzazione di gradi da superiore a inferiore, cioè quando la pluralità dei posti risulti disposta non solo in senso verticale ma altresì in senso orizzontale, cosicchè i posti si trovino su di una stessa linea senza distinzioni o vincoli di anzianità o di grado ».

Premessi questi criteri alquanto geometrici, la V Sezione ha ritenuto che il posto unico di aiuto chirurgo si debba considerare ultimo posto di ruolo, al quale si accede senza esperienza professionale, perchè vi è un altro posto *analogo* cioè quello di aiuto medico che ha una posizione in senso *parallelo* e perchè per esso non è richiesta una speciale esperienza professionale.

In perfetta ed assoluta antitesi con questa risoluzione, la IV Sezione del Consiglio di Stato, (decisione 17 aprile 1925 n. 429 ric. Levrero) ha detto che « la qualificazione di ultimi posti di ruolo presuppone sempre logicamente una pluralità di posti di *gradi diversi e quindi ordinati in guisa da costituire una gerarchia; i posti unici di ruolo, riferendosi a funzioni di speciale responsabilità, di solito reclamano che la scelta della persona che ne è investita debba essere frutto della speciale valutazione delle qualità individuali e non possa derivare dalla applicazione di una norma astratta, preordinata a favore di determinate categorie di cittadini* ».

È evidente che la giurisprudenza non è sin ora orientata in senso conforme. È da sperare che si giunga ad un indirizzo logico e costante, in materia così delicata che riguarda uffici e servizi sommamente delicati e diritti e interessi di professionisti. Sembra a noi che il criterio seguito dalla V Sezione del Consiglio di Stato con la decisione 29 gennaio 1926 non sia esatto. La designazione di ultimo posto di ruolo presuppone un ordinamento che comprenda pluralità di posti, sia pure due, organizzati gerarchicamente.

Il criterio fondato sul requisito della « *speciale esperienza professionale* » — inteso come elemento per escludere l'applicabilità dell'art. 8 se la esperienza è richiesta per il concorso — e per ammetterla se invece al posto si acceda senza speciale esperienza professionale — non è fondato nella legge ed è arbitrario e incerto. Pongasi, per es., il caso del concorso all'ufficio di medico condotto o di aiuto medico: è richiesta una speciale esperienza professionale? Come titolo di ammissione al concorso certamente no, bastando il diploma di laurea e la iscrizione nell'albo dell'Ordine; ma, come base di giudizio circa la idoneità, l'esperienza professionale è certamente apprezzabile. E, allora, si dirà che il posto di aiuto è ultimo del ruolo — pur essendo posto *unico*, senza possibilità di progressione ad altri posti — se il regolamento locale o l'avviso non preveda *espressamente* come titolo per l'ammissione al concorso o come titolo di merito una *speciale* (?) esperienza professionale. Si dirà, invece, che non è ultimo posto di ruolo lo stesso ufficio di aiuto medico se il regolamento prescrive che per l'ammissione al concorso occorre dimostrare per es. due anni di pratica professionale o se considera questo requisito come elemento di merito. È evidente che così si va nel campo dell'incerto, dell'impreciso. Meglio è accettare il criterio formale voluto, sia pure imperfettamente, dalla legge e considerare ultimi posti di ruolo agli effetti dell'assunzione obbligatoria quelli che, come ha detto la IV Sezione del Consiglio di Stato, sono ordinati in modo da costituire una gerarchia, sicchè soltanto gli ultimi posti del ruolo — i quali hanno minore importanza agli effetti della responsabilità — sono riservati all'assunzione obbligatoria, salve, s'intende, le preferenze *a parità di merito*. Non si deve trascurare un altro elemento di interpetrazione: la legge ha voluto considerare le benemerenze specialissime degli invalidi di guerra ed ha fatto bene; ma si è anche preoccupata delle esigenze del servizio, e anche degli interessi legittimi degli altri concorrenti, tanto vero che ha stabilito la proporzione di un invalido per ogni dieci posti per gli impieghi amministrativi e di ragioneria e del venti per cento per gli impieghi d'ordine e per i posti di subalterni, limitando a questa percentuale l'assunzione obbligatoria. Ora, se nella finalità della legge è compresa anche una doverosa considerazione delle esigenze dei pubblici servizi, si deve tener conto, come disse la IV Sezione del Consiglio di Stato, della speciale importanza degli uffici che richiedono particolari capacità e importano gravi responsabilità. Diverso è, s'intende, il caso dell'applicazione della preferenza a parità di merito: qui la legge potrebbe essere anche più larga, e dovrebbe esserlo per l'altissima considerazione dovuta ai benemeriti della guerra. A parità di merito il servizio è sufficientemente tutelato e dovrebbe quindi essere sempre preferito chi ha titoli speciali di benemerenze militari o civili.

Ma, prescindendo dalla questione di convenienza, noi insistiamo su questo argomento perchè vediamo gli inconvenienti e i danni delle incertezze e delle difformità della giurisprudenza in una materia così delicata. La legge è certamente imperfetta; ma sino a quando non sarà emendata spetta alla giurisprudenza di trovare una linea che sia logica e costante.

Circa la terza questione ha detto la V Sezione che la dichiarazione di inabilità anche permanente al servizio militare, pronunziata agli ef-

fetti di assegnare una pensione, non può essere per sè sola una causa di esclusione dall'impiego civile a cui per qualsiasi titolo si possa aver diritto, dovendo ritenersi che altre sono le condizioni di idoneità fisica occorrenti per un impiego civile e altre quelle cui si riferisce la visita medica militare nel constatare la inabilità.

In linea astratta, si può essere d'accordo su questo principio. Ma da un altro punto di vista si deve considerare la questione: trattandosi di un concorso al posto di aiuto chirurgo, cioè ad un ufficio che richiede anche particolare idoneità fisica e che può importare perfino la sostituzione del direttore del reparto chirurgico dell'ospedale, può essere sufficiente il certificato generico di sana e robusta costituzione fisica quando la nomina è deliberata per un titolo di preferenza che presuppone una mutilazione o una invalidità permanente e non risulti nemmeno la natura o la entità della mutilazione o della invalidità e non si sappia quale sia l'organo mutilato o minorato? Sembra a noi che, in tal caso, l'amministrazione abbia il dovere di accertare le condizioni di idoneità specifiche che sono necessarie per l'ufficio che è oggetto della nomina.

Le considerazioni che abbiamo fatte, con speranza di una maggiore chiarezza delle correnti della giurisprudenza o di opportuni emendamenti delle norme ora in vigore, riguardano soltanto l'assunzione obbligatoria dei mutilati e invalidi di guerra. Delle precedenze e delle preferenze, a parità di merito, per benemerenze militari in genere ci siamo occupati in altre occasioni. Anche per esse purtroppo la giurisprudenza è incerta: con una decisione furono considerate applicabili le precedenze nei concorsi per medici condotti (caso Repullone); ma con altra decisione le norme stesse furono ritenute non applicabili (caso Lentini).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Direttore del Laboratorio di chimica e microscopia clinica e del Gabinetto di anatomia patologica. Lire 8800 con aumento temporaneo del 10 %; indenn. c.-v. e 50 % esami privati. Scad. 5 luglio. Per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

ARCANO (*Roma*). — Scad. 20 giu.; L. 10,500 per 1000 pov.; addizion.; per uff. san. L. 500.

BOLOGNA. — Due condotte; età lim. 40 a.; voti nei corsi universitari; triennio di esercizio profession. di cui uno possibilm. come assistente in ospedale di grande città; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 31 mag. Stip. L. 8800 e 9000 oltre 5 quadr. dec. e L. 500, 1000, 3000 trasp.; c.-v. Scad. ore 18 del 30 giu.

BRESCIA. *Ospedali Civili.* — Primario oculista; L. 6000. Scad. ore 16 del 30 giu. Vedi fasc. 22.

CARPI. *Congregazione di Carità.* — Assist. dell'Osped. « B. Ramazzini ». Vedi fasc. 23. Scad. ore 12 del 23 giugno.

CASALE MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 20 giu.; L. 8000 fino a 10 % popolaz., oltre L. 6 capitarie; 4 quinquenni; L. 500 uff. san. Per Roncaglia.

CASTELNUOVO DI FARFA (*Roma*). — Scad. 30 giu. Vedi fasc. 22.

DESIO (*Milano*). *Ospedale Civile.* — Primario medico. Vedi fasc. 23. Scad. ore 15 del 30 giu.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Congregaz. di Carità.* — Primario di medicina presso l'Osped. di S. Biagio. Vedi fasc. 23. A tutto 30 giugno.

IVREA. *Ospedale Civile.* — Medico primario. Proroga al 20 giu.

LAMA MOCOGNO (*Modena*). 1ª cond. Scad. 17 giu. Vedi fasc. 22.

LAMA MOGOGNO (*Modena*). — 2ª cond.. Scad. 60 gg. dal 1° giu. a ore 17. Ab. 866 agglomer. e 2943 sparsi; iscritti c. 400. L. 8500 e 10 bienni ventesimo; L. 2500 cavallo; età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Primario specialista neurologo; vedi fasc. 17. Scad. 30 giu.

MONOPOLI (*Bari*). — Scad. 20 giu.; età lim. 35 a. al 21 mag.; L. 9500 e 8 bienni di L. 150 fino a un mass. di L. 10,700 (al 16° anno di serv. effettivo); c.-v. Tassa L. 50.

MORAZZANO (*Como*). — Consor.; L. 9000 e 4 quinquenni decimo; uff. san. L. 1300; trasp. L. 700; ambulatorio L. 500. Scad. 25 giugno.

NOVI LIGURE. *Ospedale S. Giacomo.* — Assistente interno; scad. 30 giu.; vedi fasc. 22.

ONANO (*Roma*). — A tutto il 20 giu.; v. fasc. 22.

PINZANO AL TAGLIAMENTO (*Udine*). — A tutto 25 giu.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 3000 mezzo trasp., L. 900 uff. san., 6 quadrienni dec.

ROMA. *Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità M. M.).* — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Scad. 2 ag. ore 10. Vedi fasc. 19.

SARTEANO (*Siena*). — Scad. 30 giugno; capol.; L. 8000 oltre L. 1600 c.-v. e L. 2500 trasp.; tassa L. 50.15; età lim. 45 a.

SPERLINGA (*Catania*). — Scad. 30 giu.; v. fasc. 22.

TERRICCIOLA (*Pisa*). — Capol.; vedi fasc. 23. Scad. 20 giugno.

URBINO. — A tutto il 20 giu., 4ª condotta; vedi fasc. 23.

VENEZIA. — Medico comunale per Treporti; L. 10,500 oltre L. 500 serv. att., c.-v., L. 1000 trasp.; età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 5 giu. Tassa L. 25 all'esattore del Comune. Il Comune si riserva di assumere informazioni dirette sul conto dei concorrenti e di escluderli eventualm. dal conc. senza obbligo di indicarne i motivi. In tal caso sarà rimborsato l'importo della tassa.

CONCORSI A PREMI.

Concorso « Donalisio Beretta ».

È aperto fra i soci della Società Medico-Chirurgica di Pavia (esclusi i professori universitari, titolari ed incaricati) un concorso con un premio di L. 3000 per un lavoro su argomento attinente la patologia o clinica dei tumori maligni.

Il lavoro deve essere inedito e presentato dattilografato in triplice copia entro il 31 ottobre 1927, contrassegnato da un motto, alla Presidenza della Società Medica.

Il lavoro dovrà essere stampato sul « Bollettino della Società Medica » colle stesse condizioni dei lavori comunicati dai soci alla Società stessa.

La Commissione giudicatrice è costituita dal presidente della Società e da due professori titolari nominati dall'Ufficio di presidenza.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: D'Avae Alfredo in medicina operatoria; Berri Giovanni, Bertoloni Emilio e Cuti Giuseppe in patologia chirurgica; Riccitelli Luigi, Del Guasta Gino in patologia medica; Lupo Massimo in radiologia medica.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grande Ufiziale: dott. Nico Brudaglio, Andria.
Commendatore: dott. Edoardo Pacitto, Roma.
Cavaliere: dott. Carlo Chicco Peschechera, Andria.

NOTIZIE DIVERSE.

All'Accademia dei Lincei.

L'inaugurazione del 324° anno della Reale Accademia Nazionale dei Lincei ebbe luogo il 5 corr. con eccezionale solennità, presenti i sovrani, il ministro on. Fedele, il presidente del Senato on. Tittoni e altre altissime autorità e personalità.

Il nuovo presidente sen. Scialoia espose la storia dell'anno accademico testè chiuso; il prof. Nasini tenne il discorso inaugurale su Avogadro e Cannizzaro.

Il presidente annunziò il conferimento dei premi, tra cui uno Santoro, di L. 10,000, al prof. Amico Bignami per le sue scoperte sulla malaria, ed il premio Maria Bianca, di L. 25,000, al sen. Giuseppe Sanarelli per varie ricerche nel campo delle malattie infettive.

I due studiosi premiati dall'Accademia dei Lincei onorano altamente la medicina italiana.

Il Bignami ebbe per primo l'intuizione geniale che la malaria è trasmessa da zanzare per mezzo delle punture, e con ricerche memorabili, compiute unitamente a Grassi e Bastianelli, ne dette la dimostrazione: venne accertato così il còmpito specifico degli anofeli, che frattanto erano stati designati dal Grassi quali vettori presunti. Sono molto apprezzati gli studi del Bignami sull'anatomo-patologia della malaria. Egli ha collaborato col Marchiafava alla redazione del notissimo trattato sulla malaria, divenuto classico in tutti i Paesi.

Il Sanarelli ha legato il suo nome alla concezione della setticemia da tifo e alla dottrina dell'eredo-immunità e della immunizzazione spontanea nella tubercolosi; recentemente ha compiuto una serie di studi brillanti che lo hanno portato alla scoperta dell'enterotropismo dei vibrioni colerici e di altri germi, nonchè a quella dell'epitallassi o « fenomeno di Sanarelli »; pregevoli studi ha compiuto anche sulla patogenesi del carbonchio detto interno.

La duplice designazione dell'alto Corpo scientifico è stata, pertanto, felicissima e noi ce ne rallegriamo vivamente.

In onore di Ettore Marchiafava.

Nella seduta del 29 maggio u. s. l'Accademia Medica di Roma, prima d'iniziare i lavori, volle manifestare il suo compiacimento per l'alta distinzione scientifica conferita al sen. Marchiafava dalla Reale Società di Medicina e Igiene Tropicale di Londra e di cui demmo già notizia nel fasc. 17.

Prese la parola il prof. Bignami, che inviò all'illustre Maestro i sensi della più profonda ammirazione e devozione, facendosi interprete della medicina e della scienza italiane, che ricevono una nuova e solenne consacrazione.

Il prof. Bignami ebbe consenziente tutta l'Accademia.

La medaglia Manson acquista tanto maggior valore, in quanto viene assegnata ora per la seconda volta: la prima lo fu ad altro scienziato di eccezionale valore, il Bruce. Uno speciale significato deriva a questa onorificenza dalle competizioni che l'Inghilterra aveva avuto con l'Italia nei riguardi delle scoperte fondamentali sulla malaria: esse ora sono superate e appianate dalla motivazione stessa della onorificenza: « per la parte attiva presa, con altri ricercatori italiani, nella soluzione di parecchi problemi connessi con la malaria e la sua eziologia ».

Ma noi non vediamo onorato, nel sen. Marchiafava, soltanto il malariologo insigne che, coadiuvato da esperti studiosi, ha impresse orme indelebili in questo campo, con la differenziazione eziologica, clinica ed anatomo-patologica dell'infezione malarica estivo-autunnale. Noi vogliamo vedere nel Marchiafava anche l'investigatore sommo in altri campi della medicina, dalla prima descrizione del meningococco alla designazione del morbo di Marchiafava. E vogliamo vedere in lui

il gentiluomo, il cittadino, l'uomo che ha consacrato se stesso al bene dell'umanità e della Patria. Prendiamo occasione dall'alta onorificenza decretatagli per attestargli la venerazione e la gratitudine di tutta la famiglia medica italiana.

In memoria di Edoardo Bassini.

Il 25 aprile ebbero luogo a Spezia solenni onoranze in memoria del sen. Eduardo Bassini che fu chirurgo primario dell'Ospedale Civile Vittorio Emanuele II della città negli anni 1881-83. All'Ospedale venne scoperta una lapide ricordante il soggiorno del Bassini; pronunziò una magistrale orazione il prof. Giuseppe Tusini, clinico chirurgo dell'Ateneo genovese, il quale illustrò la nobile e complessa figura del Bassini come patriota, come scienziato e come filantropo.

Quindi si inaugurarono il Posto di Pronto Soccorso e la Guardia Medica Notturna intitolati al nome dell'eminente clinico padovano, sorti per iniziativa della Società di Pubblica Assistenza, e per l'opera tenace del suo presidente prof. Rinaldo Cassanello, chirurgo primario dell'Ospedale Civile.

I locali, rispondenti alle più moderne esigenze igieniche e scientifiche, furono ammiratissimi dal numeroso pubblico accorso a visitarli.

Commemorazione di Edoardo Porro.

Ricorrendo il 21 maggio il cinquantesimo anniversario della prima operazione cesarea « Porro » la Società Medico-Chirurgica di Pavia, presieduta dall'esimio prof. Emilio Alfieri — direttore di quella Clinica stessa che il prof. Edoardo Porro ha colla sua genialità scientifica resa illustre — ha dedicato parte della sua seduta a celebrare questa data solenne che nei fasti della ostetricia segna una vera pietra migliare.

Il prof. Alfieri nell'aula stessa ove cinquant'anni or sono Edoardo Porro praticava con tanto successo la sua operazione, illustrò, davanti all'accolta di professori e di laureandi, il metodo ideato e seguito dal Porro, spiegando anche gli studi e le osservazioni che lo avevano indotto a quella che bene si può chiamare geniale scoperta, e presentando, conservato nel Museo Universitario — glorioso cimelio — il pezzo anatomico residuo di quella brillante operazione che doveva segnare un'orma così profonda e benefica nei procedimenti operatorii.

Il prof. Alfieri si servì spesso nella sua illustrazione delle stesse parole da Edoardo Porro usate nelle sue relazioni.

Il prof. A. Monti in nome della Facoltà medica del vetusto Ateneo, pronunciò poi un breve ma vibrante discorso, ricordando tutte le virtù di Edoardo Porro anche come cittadino, poeta dell'umanità dolorante, per cui godette dell'amicizia di tanti illustri colleghi coi quali si trovò anche a combattere per l'unità della Patria ed a lavorare poi per la scienza e pel decoro di quell'Ateneo.

Bibliografia Medica.

La Libreria Internazionale Cappelli di Bologna ha organizzato uno schedario delle pubblicazioni mediche. Esso raccoglie le indicazioni di articoli, monografie o libri pubblicati dal 1920 in poi. Le schede assommano a parecchie decine di migliaia e sono divise e suddivise per argomento. Il servizio è concepito e attuato secondo un piano grandioso.

Questa iniziativa offre un sussidio validissimo agli studiosi.

Congresso tedesco di Urologia.

La VII Adunanza della Società Tedesca di Urologia si terrà a Vienna IX, Frankgasse 8 (Casa di Bilbroth) dal 30 settembre al 2 ottobre. Temi: « L'anuria, sua patologia, farmacologia e terapia »; « Le neoformazioni maligne della vescica, loro patologia e terapia ».

Per il programma, le adesioni e informazioni rivolgersi al Dozent Dr. H. Plescher. Wien IX, Alserstrasse 20.

Al Congresso sarà annessa una Mostra; per le informazioni relative rivolgersi a: Kommerziabrat Ludwing Assinger, Wien XIII, Winckelmannstrasse 34.

Festa del Corpo Sanitario Militare.

Il 5 corr. all'Ospedale Militare Principale di Roma fu celebrata per la prima volta la festa del Corpo sanitario militare.

Nella chiesa dell'ospedale, officiante mons. Panizzardi, ordinario militare per l'Italia, venne cantata una messa per i medici e per i soldati di sanità morti in guerra, e quindi un *Te Deum* per la festa del corpo sanitario.

Poi nel piazzale di Villa Fonseca ornata con pennoni e bandiere, fu schierato il reparto sanitario. Il colonnello Cimino, direttore della Sanità, pronunziò un elevato discorso e la formula del giuramento delle reclute, le quali risposero giurando.

Seguì un banchetto; le mense erano decorate con fiori, festoni e scritte tricolori inneggianti al Re e alla Patria.

A memoria dell'eroismo del Corpo di Sanità in guerra e dei suoi morti per la causa della Patria, sarà eretto un monumento nel piazzale interno dell'Ospedale del Celio. A questo proposito, per iniziativa degli ex-soldati di sanità, si è costituito un Comitato, il quale ha bandito un concorso fra gli artisti italiani.

Festa della Croce Rossa.

Il 5 giugno, la Croce Rossa Italiana nella sua sede centrale in via Toscana 12, ha solennemente commemorato la ricorrenza dell'assegnazione della medaglia d'argento al valore concessale con R. Decreto 5 giugno 1920, con la seguente motivazione:

« Nell'adempimento della sua nobilissima e pietosa missione dimostrò in tutta la guerra mirabile spirito di abnegazione, generoso ardore, sereno valore, costante devozione al dovere ».

Il generale Baduel, direttore generale della Croce Rossa, rievocò l'opera della Croce Rossa in guerra dalla mobilitazione alla fine del conflitto ed il sereno valore di ufficiali, infermiere, militi di cui molti caddero nell'adempimento del dovere, molti furono feriti, molti rimasero prigionieri. Rievocò altresì la magnifica organizzazione ospitaliera con la quale fu possibile ricoverare 1.20.754 malati e feriti, ed il completo trasporto di 4 milioni 365.000 feriti, dalle linee di combattimento agli ospedali delle retrovie. Terminò la sua esposizione rivolgendo un saluto ai Sovrani, Patroni dell'Associazione, alla Duchessa d'Aosta, al Capo del Governo, che regge i Ministeri tutori della C. R. I. ed al presidente della Croce Rossa marchese Centurione Scotto.

Dispensa dalle tasse universitarie.

Con decreto del Ministero della P. I. sono dispensati dal pagamento delle tasse e sopratasse per i triennii 1925-28 tutti gli studenti di cittadinanza italiana residenti nelle provincie di Zara, del Carnaro, dell'Istria, dei circondari di Gorizia, Gradisca, Idra, Posimo, Bolzano, Bressanone, Merano, Cavalese e della Dalmazia.

Donazioni e lasciti.

L'avv. comm. Amedo Rossi, ha lasciato dei beni valutati circa 6 milioni alla Congregazione di Carità di Cuneo, della quale fu per molti anni presidente, e più di 3 milioni all'Asilo Infantile, all'Ospizio dei Cronici e ad altri enti cittadini.

La famiglia del compianto prof. Brugnatelli ha donato 5000 lire all'Ospedale Civile di Sassari, dove è morto il giovane e valente ostetrico.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Ernesto Immovilli, medico condotto di Albinca (Reggio Emilia), percorreva su motocicletta lo stradone di Fola, quando un profondo solco lo faceva urtare con violenza contro un palo telegrafico; riportò frattura della spina dorsale e del bacino; la morte sopraggiunse durante il trasporto all'Ospedale di Scandiano.

Il dott. Lodovico Tarozzi, medico condotto di Costa Volpino (Bergamo), percorreva su motocicletta, insieme ad un amico, la strada da Iseo a Pisogna (Brescia); perduta la padronanza della macchina, andò ad abbattersi contro una roccia alla quale è appoggiata la strada che costeggia il lago; trasportato premurosamente all'Ospedale di Lovere, cessava di vivere poco dopo per grave trauma al capo.

Il farmacista Giuseppe Cacetta da Trapani, esercente a Crema, si precipitava da un tram che lo portava a Leno (Brescia), per voler correre dietro ad alcuni documenti che gli erano sfuggiti di mano; venne travolto dalle vetture ed ucciso quasi di colpo

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Paris, 24 ott. — H. VIGNES. Ciclo uterino e ciclo ovarico. a

Riv. Ital. di Ginec., nov.-dic. — M. TREITENBERO. Prova di Filinski nella puerperalità. — L. BACIALI. Morfologia del cuore nelle donne affette da fibroma dell'utero. — S. SCAGLIONE. I paratifi in gravidanza.

Journal A. M. A., 24 ott. — P. A. O' LEARY e M. O. NELSON. Liquido spinale norm. in casi di neurosifilide. — M. FREMONT-SMITH e F. B. AYER. Sintomi gastro-intest. della neurosifil. — H. N. BUNDESEN. La vigilanza sui cibi consumati crudi. — H. P. DONB. Disturbi del metabolismo consecutivi a irradiazioni profonde.

Acta Medica Scand., V-VI. — M. HINDEHEDE. Cancro e dieta. — L. NICOLAYSEN. Glicosuria nelle emorr. meningee. — H. BECKS. Nosologia della diatesi emorragica. — E. B. SALÉN. L'emoglobinuria *a frigore*. — F. SUNDELIN. Tumori multipli dei muscoli degli arti.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., 6 nov. — P. UHLENHUTH e al. Studi chemoterapici sull'antimonio. — H. M. v. JETTMAR. Sulla peste polmon. — M. BECK. Malattia colerasimile da *Lamblia intestinalis*.

Bull. d. Sc. Med., sett.-ott. — F. FABRIS. Cisti delle ossa. — A. KNIPFER. Esiti lontani nella radioterap. delle adeniti tbc.

Stomatologia, nov. — A. PERNA. Avitaminosi e sistema dentario.

Medic. del Lavoro, 31 ott. — S. DIEZ. Artriti micotiche post-traumatiche nella medicina leg. degli infortuni.

Actinoterapia, ott. — R. PORCELLI, A. POSSATI. Roentgenterapia alla Ghilarducci. — P. M. FRANCO. Tensione arteriosa nell'actinoterapia.

Revue de Méd., 6. — N. FIESSENGER e al. Rapporti spleno-epatici.

Bull. Méd., 7 nov. — K. TODOROVITCH. Il bacillo paratifico C.

Soc. d. Hôp., 23 ott. — A. LÉRI e F. LAYONI. Calcificaz. della gland. pineale.

Paris Méd., 7 nov. — Numero sulle malattie dei bambini.

Journ. d. Prat., 7 nov. — H. GONGEROT. Gli accidenti dell'arsenoterapia.

Osped. Magg., 31 ott. — D. CASSARINI. Tbc. vasale e aneurismi d'origine tbc.

Riforma Med., 26 ott. — P. VERGA. Ricerca della spirochete nella sclerosi a placche. — P. B. ZANETTI. Clinica e anat.-pat. della sindr. Morgagni-Adams-Stokes.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 2 nov. — A. CASTELLANI. Il fosforo nel trattam. di varie malattie.

Soc. d. Hôp., 5 nov. — L. BARBONNEIX e L. POULET. Linfomi tubercolari? — M. CHIRAY e J. LEBON. Lambliasi vescicolare.

Ann. di Ost. e Gin., ott. — F. CLAUSER. Anemie perniciose puerperali.

Minerva Med., 10 nov. — G. VICARELLI. La cinematografia e i clichés-films del taglio cesareo

conservatore. — P. SISTO. Vibrazione ventricolare. — F. MICHELI. Operabilità delle varie forme di splenomegalia.

Münch. Med. Woch., 13 nov. — W. ERVIG. L'allenamento sportivo. — O. BOTT. Diagnosi serologica del carcinoma; met. Wigand.

Mediz. Klinik, 13 nov. — R. COBET. La dispnea cardiale. — H. ELSNER. Emoterapia del carcinoma inoperabile. — H. POLL. Modificazioni delle caps. surren. dopo iniez. d'insulina.

Wien. Klin. Woch., 12 nov. — G. SINGER. Natura endogena di malattie cut. — H. BRUNNER. Malattie vasomotorie dell'orecchio interno.

Deut. Med. Woch., 13 nov. — U. FRIEDMANN e H. DEICHER. Eziologia e terapia specifica della scarlattina. — S. KATSU. Azioni antibatteriofagiche nel siero umano.

Zbl. f. Chir., 14 nov. — M. SOKOLOWSKI, J. IRGER. Linfangioplastiche.

Journal A. M. A., 31 ott. — B. H. HAGER e T. B. MAGATH. La cistite incrostante. — L. NEUMAN. Aortite non luetica. — A. C. SNELL. Visus subnormale.

Lancet, 7 nov. — W. TROTTER. Le ferite del capo. — C. C. CHELSTERMAN. La triparsamide nella mal. del sonno.

Chirurgia Org. d. Movim., ott. — G. BONANI. Esiti lontani della simpatectomia perifemorale nell'ulcera varicosa. — T. M. BIANCHERI. Rottura sottocutanea del bicipite brachiale.

New York St. Journ. Med., nov. — Numero di cardiologia.

Riforma Med., 2 nov. — L. GIUFFRÈ. Predisposiz. alla tbc. polmon. — C. LOMBARDO. Dimostraz. del bismuto nelle urine.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., nov. — C. DE LANGE. Mancanza totale o parziale del corpo calloso. — A. S. MACLAIRE. Nuovo fattore eziologico dell'idrocefalo.

Arch. It. Chir., 3. — B. BARONI. Esoftalmo pulsante. — V. FERRERO e G. SACERDOTE. Tumori tiroidei e para- nelle ossa. — D. GIORGACOPULO. Risultati lontani dell'operaz. di Albee.

Lancet, 14 nov. — W. BLAIR BELL. Carattere specifico delle neoplasie maligne. — A. R. GILCHRIST. Novasurol, nuovo diuretico.

Medic. Ital., sett. — F. RHO. Tbc. nell'ambiente militare.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 14 nov. — V. PAUCHET. Il circolo vizioso.

Journ. d. Prat., 14 nov. — A. CANTONNET. Il nistagno nelle ferrovie.

Boston Med. a. Surg. Journ., 5 nov. — H. M. POLLOCK. Il successo in medicina.

Paris Méd., 14 nov. — B. PAPANICOLAU e P. WELLER. La veloc. di sedim. dei glob. rossi e la collassoterapia.

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst., 25 ott. — A. CATHALA e H. LE RASLE, 15 ott. L'incompatibilità sanguigna feto-materna è causa dell'eclampsia?

Gazz. Med. Italo-Arg., 31 ott. — M. SORRENTINO. Lipoidi delle cellule epiteliali del timo.

Presse Méd., 7 nov. — G. MOURIQUAND. Carenza alimentare, digestiva, nutritiva. — S. WLADYCZKO. Cura di zucchero nell'epilessia.

Zbl. f. inn. Med., 14 nov. — M. KAPPIS. Tecnica dell'iniez. del n. splancnico.

Rev. españ. de Med. y Cir., nov. — D. MOXÓ. Antianafilassi curativa.

Ann. de Méd., sett. — S. BALACHOWSKY. L'emotonia e la veloc. di sedim. degli eritrociti. — FONTANEL e al. La glicorachia. — G. GUILLAIN e N. PÉRON. Associaz. di tabe e morbo osseo di Paget.

Bull. Ac. de Méd., 3 nov. — E. BRUMPT. *Entamoeba dispar*, n. sp., parassita dell'uomo.

Bioch. e Ter. sperim., 31 ott. — A. PATTA, A. ZIRONI. Studi sugli arsenobenzoli.

Pediatr., 15 nov. — U. FERRI. Azione dei raggi ultrav. sulle manifestaz. rachitiche. — I. NASSO. Progeria.

Rass. di Cl., Ter. e Sc. aff., sett.-ott. — C. SERONO. Metabolismo degli idrati di C. e origine delle glicosurie.

Rev españ. de Med. y Cir., nov. — V. FRAXANET. Manifestazioni oculari della tbc.

Presse Méd., 14 nov. — A. SÉZARY. La sifil. nervosa coniugale.

Mediz. Klinik, 20 nov. — O. DAVID. Cure dimagranti. — Inchiesta sulla chirurgia del cancro del crasso.

Brit. Med. Journ., 21 nov. — A. KEITH. Le imperfezioni strutturali dell'uomo.

Lancet, 21 nov. — A. KEITH, D.-A. I. SIMEY. Profilassi del raffreddore comune.

Amer. Journ. Med. Sc., nov. — B. GORDON. Il valore del salasso nell'alleviare il cuore. — D. W. ATKINSON. La fibrosi polmonare non tbc. — J. W. VISHER. Eziologia dell'eczema. — J. B. NICHOLS. I sulfocianati. — H. F. SWIFT. La febbre reumatica.

Evolut. Méd.-Chir., ott. — L. LEMATTE. Fattori dell'acidità urinaria.

Rev. Méd. Latino-Americ., sett. — A. E. MAROTTA. Distonia muscolare deformante. — C. CARDINI e F. MARTINEZ. Acetonurie pre- e post-operatorie.

An. Faculdad de Med. (Montevideo), lug. — V. ZERBINO. Disneurotonismo vegetativo nel bambino asmatico.

Bull. Ac. Méd., 10 nov. — A. CELLI. Il risanam. della Campagna Rom. nel Medio Evo. — R. DUJARRIC DE LA REVIÈRE. Sieroterapia dell'avvelen. da funghi.

Münch. Med. Woch., 20 nov. — P. MORAWITZ. Terapia del cancro gastr. — W. STEPP e E. SCHLIEPHACKE. La colina nella tachicardia parossist. — H. STAGEMANN. Visibilità della cistifellea ai raggi X. — NONENBRUCH. Sul salasso.

Deut. Med. Woch., 20 nov. — E. STIER. Le cosidette neurosi da infortunio. — U. FRIEDMANN e H. DEICHER. Eziol. e sieroter. della scarlatt. — G. SCEFISCH. Colitis ulcerosa gravis.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 15 nov. — O. DA-RIN. Tbc. miliare a decorso atipico.

Zbl. inn. Med., 21 nov. — E. GUTTENTAG. Ritenzioni nell'insuffic. renale iniziale.

Minerva Med., 20 nov. — P. BASTAI. Patogenesi delle eruzioni erpetiche.

Ann. d'Igiene, ott. — G. VOLPINO. Ricerche sull'influenza. — A. SCARPELLINI. Sui batteriferi. — G. VERCELLANA. Avitaminosi. — A. VINAJ. La ginnastica pedagogica, profilattica e medica.

Spitalul, nov. — S. IAGNOV. La splenomegalia nelle malattie infett. acute.

Presse Méd., 18 nov. — LAIGNEL-LAVASTINE e R. CORNELIUS. Una sindrome urinaria dell'angoscia.

Paris Méd., 21 nov. — Numero sulla medicina sociale.

Quaderni di Psichiatr., sett.-ott. — G. CESARI. Acromegalia ed acromegaloidismo. — R. LAMBRANZI. Trauma e mal. di Parkinson. — M. KOBYLINSKY e G. VIDONI. La costituz. in psichiatr.

Journ. Am. Med. Assoc., 7 nov. — L. M. BOYERS e al. L'amebiasi cronica. — B. S. KLINE e S. S. BERGER. La gangr. pomon. spirochetica. — A. J. CARLSON. La fisiologia del fegato. — G. J. GAMBLE. Tic postencefalitico del diaframma.

Pensiero Med., 20 nov. — A. CAZZANIGA. Potere tossico dei gas di scappamento dei motori a scoppio.

Archivos Argen. de Enferm. Apar. digestivo, ecc., ott. — M. B. CASTEX e J. C. GALÀSE. La giardiasi delle vie biliari. — P. DUVAL, J. C. ROUX, T. MARTINI. La periduodenite essenziale stenosante. — P. ESCUDERO e E. V. MERLO. Mesenterite retrattile.

Soc. d. Hôp., 13 nov. — H.-G.-S. MORIN. Mieloemia dissociata transitoria in malarica.

Arch. di Ortop., II. — S. MARCONI. Cura delle paralisi spastiche. — O. BARTOLI. Astragalectomia. — A. MIANI. Fratture del calcagno. — P. BUONSANTI. Coxa vara e c. v. luxans. — M. MANFREDI. Cura del rachitismo con la lampada di quarzo.

Gaz. d. Hôp., 21 nov. — P. FONEAULT. Le cisti della vagina.

Scalpel, 21 nov. — R. LEDEUT. La ginnastica respiratoria.

Journ. d. Prat., 21 nov. — J. MEYER. Gli eczemi.

Presse Méd., 28 ott. — F. WIDAL, P. ABRAMI e E. JOLTRAIN. Cutireazione ai vini nei gottosi.

Journal A. M. A., 20 ott. — C. H. FRASER e F. C. GRANT. Disordini pituitari. — D. L. DICKINSON e H. H. PIERSON. Vita sessuale media delle donne americane. — N. EISENDRATH e al. Riflusso vescicale. — C. IVY e P. F. SHAPIRO. Ulcera gastrica da allergia locale. — E. A. GROOVER e al. Roentgendiagnosi e terapia del timoma.

Id., 17 ott. — R. A. KORDENAT e F. SMITHIES. Le « reazioni » consecutive a trasfus. di sangue. — R. HACOSTA-SISCN. Emorragia ombelicale. — L. G. ROWNTREE. Il novasurol nell'ascite delle malattie epatiche.

Igiene Mod., ott. — F. NERI e E. DE DONNO. Sulla disinfez. degli erbaggi col cloruro di calce.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI, Red. resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIII Roma, 21 Giugno 1926 Fasc. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA.
Divis. Chirurgica diretta dal sen. prof. D. GIORDANO.

Sull'opportunità di asportare l'appendice negli interventi per occlusione intestinale acuta da ascaridi.

Dott. SERAFINO GIUSEPPE GIARDINA, assistente.

Gli interventi per occlusione da ascaridi, in rapporto alle varie forme di occlusione intestinale acuta, sono oggidì da ritenersi come rari, dati i buoni risultati che in generale possono ottenersi in tale varietà di occlusione con il trattamento medico, quando questo però sia usato razionalmente.

Poichè è precisamente nell'uso improprio o inadeguato dei farmaci comunemente adoperati contro l'elmentiasi intestinale che può talune volte risiedere la causa contingente dei fenomeni di occlusione; tal'altra volta invece è nel tumulto di eliminazione di ascaridi straordinariamente numerosi (e nel nostro caso, come vedremo, ve n'erano 180 a far groppo), che l'intestino viene materialmente ostruito. Comunque per questo od altre cause occasionali che io qui non sto a discutere, manifestatisi i fenomeni di occlusione, che indichino l'intervento chirurgico, dopo essere fallita la terapia farmacologica, vediamo a ventre aperto quello ch'è opportuno e quello ch'è inutile se non dannoso di fare a seconda dei casi.

Nel recente Congresso di chirurgia il prof. Margarucci relatore sul trattamento dell'occlusione intestinale acuta, riassumeva in queste quattro proposizioni i modi con i quali il chirurgo può fronteggiare l'occlusione da ascaridi:

1) Scioglimento del nodo verminoso, schiacciando i parassiti a uno a uno e respingendoli in basso. Chiusura del ventre e cura antielmintica.

2) Enterotomia, estrazione di vermi, enterorrafia; chiusura del ventre. Cura antielmintica.

3) Enterotomia, estrazione, enterostomia.

4) Resezione.

Aggiungeva che l'operazione col vantaggio di ottenere la risoluzione dell'occlusione, ha con sè lo svantaggio dell'apertura dell'intestino, qualora per una incompleta asportazione dei vermi debba poi farsi un trattamento antielmintico; ma lo svantaggio è di poco momento, poichè questo trattamento, una volta cessata l'occlusione, può essere senza danno ritardato.

Ma non crediamo invero di completare l'evacuazione dei vermi sempre e soltanto con gli antielmintici, poichè lasciamo un vermio, il cecale, che spesso protegge, feconda e gestisce nel suo seno altri numerosi vermi.

È questa una parte del trattamento chirurgico dell'occlusione intestinale da ascaridi, sulla quale non è stata richiamata convenientemente l'attenzione. Un esempio del modo di comportarsi in simili evenienze mi è fornito dal seguente caso, operato parecchi anni or sono dal prof. Giordano, e che è l'unico intervento per occlusione da ascaridi fra un centinaio di operati da un trentennio in questa divisione per varie forme di occlusione intestinale acuta.

(*N. di R. 3593-D*). S. Elisa di anni 9 da Mestre, contadina, viene ricoverata di urgenza il 22 maggio 1903. Genitori e fratelli vivi e sani. Non malattie pregresse degne di nota. Dai primi del marzo di quest'anno va soggetta a dolori di ventre con recrudescenze accessuali instabili per l'ora di comparsa nella giornata; tali dolori si accompagnano spesso a vomito con emissione di elminti; con le feci ha quasi costantemente eliminato ascaridi. In questo stato si è trascinata sino all'epoca presente avendo invano ricorso a farmaci di varia natura per combattere l'elmintiasi. Quattro giorni fa è stata colta da vivissimi dolori in tutto l'ambito addominale con carattere di veemenza insolita; i dolori nei due giorni successivi divennero più intollerabili. Malgrado la somministrazione di santonina, di purganti e di clisteri, le sofferenze dell'a. non sono affatto diminuite, mentre più imponenti e minacciosi sono andati facendosi i fenomeni addominali fino alla sindrome di occlusione intestinale.

E. O. Buona costituzione scheletrica, deficiente lo sviluppo della massa muscolare e del tessuto adiposo. Colorito pallido. Espressione di sofferenza grave. Midriasi pupillare spiccata. Contorcimenti in tutta la persona con emissione di grida lamentose che si rinnovano ad ogni recrudescenza del dolore accusato in tutto l'ambito addominale. Nulla di notevole agli organi toracici. L'addome è gonfio a pareti tese poco compressibili, solcato da rilievi e avvallamenti instabili dovuti a moti peristaltici intestinali di forte grado. Alla palpazione si desta dolore nel quadrante inferiore destro specialmente a livello della fossa iliaca destra dove però non si avvertono resistenze speciali. Alla percussione su tutto l'addome si ha suono timpanico alto.

22 maggio. *Cloronarcosi*. Incisione lungo il margine esterno del muscolo retto di destra. Appena aperto il peritoneo si constata che l'ansa traversa del colon e quella dell'angolo epatico sono notevolmente distese e ripiene di ascaridi. Il volume raggiunto da tali anse è quello di un vaso di catgut (perimetro cm. 13-14). Con l'espressione manuale si sospingono verso il colon discendente gli ascaridi. L'appendice è turgida e tumida. Il sigma è disteso da gas. Appendicectomia. Sutura del ventre. Si somministrano quindi, appena sveglia l'a., 20 ctgr. di santonina e 30 ctgr. di calomelano. Nella notte l'a. ha tre scariche alvine con emissione di 5 ascaridi.

23 maggio. Si danno altri 15 ctgr. di santonina. Non emette vermi.

24 maggio. Somministrazione di estratto etereo di felce maschio. Emette 15 ascaridi.

25 maggio. Emissione di 60 ascaridi in seguito alla somministrazione di santonina. Si somministra pure timolo con resina di gialappa.

Eliminazione di altri ascaridi che in tutto sommano a 180.

L'a. viene dimessa completamente guarita il 10 giugno 1903.

L'appendice era lunga 5 cm. con diametro trasversale da 8 a 17 mill. Il lume nella parte centrale è disteso ed occupato da muco e materie fecali tenui; al di sopra ed al di sotto di questa è però sottile, ma pervio.

Allorchè l'appendice fu fissata e spaccata in tutta la sua lunghezza, si potè esaminare il contenuto della parte centrale: si rinvennero in questo all'esame microscopico una grandissima quantità di uova di vermi e precisamente per la maggior parte uova di ascaridi, in minor quantità uova di tricocephalus dispar.

Sulla sezione dell'appendice, in corrispondenza alla detta parte centrale, si potè notare: notevole infiltrazione dei follicoli, infiltrazione parvicellulare anche dello strato ghiandolare, abnorme dilatazione dei tubi ghiandolari di questa con ipersecrezione di muco e aderente alla parete stessa una tenue quantità di materiale avente vero carattere di essudazione.

***

La storia di questa ammalata non lasciava dubbio sulla causa dei fenomeni mentre d'altra parte in correlazione ad alcuni rilievi obbiettivi imponeva un pronto intervento chirurgico, facendo escludere ogni ulteriore tentativo di cura medicamentosa, più di quanto era stata applicata dal medico curante.

Infatti gli ascaridi avevano già risentito l'effetto della santonina e dei purganti perchè tutti, almeno apparentemente, avevano sgombrato l'intestino tenue e nell'esodo frettoloso s'erano accumulati all'angolo epatico e nel traverso del colon. In considerazione di questo fatto appunto era da domandarsi se era conveniente aprire l'intestino per sloggiare tutti quei parassiti che già si avviavano verso la via di uscita o se piuttosto con la spremitura in direzione centrifuga non era da convogliarli per il colon discendente, facendo sormontare quel punto di flessione del grosso intestino dove generalmente più difficoltato è il passaggio dei corpi stranieri e dove si erano ammassati. In effetto lo scopo precipuo del chirurgo per il momento era di togliere l'ostacolo sciogliendo quell'assembramento con i mezzi meno lesivi e pericolosi certo di potere agire secondariamente con una adeguata cura medicamentosa sulla massa ormai non più compatta.

Dubbio invece si sarebbe potuto avere in tale possibilità se codesto nodo verminoso si fosse presentato in un tratto del tenue. Non so se sia stato messo in opera da qualche autore, ma in queste evenienze, oltre la spremitura, forse buoni risultati potrebbero ottenersi, io credo, facendo arrivare sul nodo verminoso direttamente un efficace antielmintico a mezzo di un ago impiantato obliquamente nella parete intestinale con quella

tecnica che suole applicarsi nella punzione dell'intestino. Comunque, sebbene una enterotomia temporanea oggi non costituisca con i perfezionati accorgimenti di tecnica un pericolo, pure nelle ostruzioni del grosso intestino dovute ad ascaridi se non dannosa è superflua potendo comportarsi il chirurgo come nel nostro caso. Piuttosto in cotesti interventi bisogna mirare alla cura radicale dell'elmintiasi e a questa spesso non si perviene se non viene asportata l'appendice. Nella nostra ammalata già l'esame macroscopico del vermio, turgido e tumefatto, ne indicava l'ablazione ma anche quando lesioni macroscopicamente apprezzabili non sono riconoscibili, è opportuno asportarlo pensando che in quel piccolo imbuto sonvi annidate numerose uova dei parassiti che riforniscono continuamente di vermi il ceco (1).

Indipendentemente dal fatto, dimostratoci dall'esame microscopico, che i vermi intestinali favoriscono l'infezione microbica dell'appendice, nel nostro caso se si fosse lasciata l'appendice la nostra ammalata sarebbe guarita per il momento dei fenomeni di occlusione ma malgrado tutte le prescrizioni igieniche sarebbe rimasta una sofferente di elmintiasi intestinale e di appendicite cronica facilmente acutizzabile.

Istruttivo è a questo proposito il caso di Hoppe-Seyler (2) osservato in un ufficiale di marina il quale da tre anni era affetto da dissenteria cronica tropicale spesso con recrudescenza di dissenteria acuta con fenomeni dolorosi accentuati alla fossa ileo-cecale. Dietro insistenza dell'ammalato venne asportata l'appendice il cui contenuto era dato da liquido sanguinolento, da globuli di pus, di numerosi bacilli colisimili e da amebe dotate dei loro movimenti caratteristici.

L'esame istologico mise in evidenza l'infiltrazione della mucosa e della sottomucosa di leucociti, di emazie, di bacilli e di amebe; nel punto dove l'appendice presentavasi ristretta esistevano delle ulcerazioni della mucosa, degli ascessi sottomucosi, distruzione dei follicoli per suppurazione, con quelle caratteristiche note istologiche insomma che si hanno nelle ulcerazioni intestinali da dissenteria amebica. Evidentemente le amebe annidate nell'appendice sfuggivano all'azione dei medicamenti cosicchè indefinitivamente insemenzavano l'intestino. Sta il fatto che l'a. guarì, e nelle sue feci dopo un mese già non venivano più riscontrate amebe.

In effetto secondo l'esperienze cliniche di Raillet (1) eseguite nel 1911 su bambini che dovevano essere appendicectomizzati, i parassiti intestinali nascosti nell'appendice resterebbero viventi anche dopo somministrazione per più giorni di energici vermifughi.

Questi fatti invero per la loro importanza pratica porterebbero a formulare un concetto terapeutico eccessivo, se non paradossale, e cioè che per sbarazzare l'intestino dai vermi intestinali bisogna resecare l'appendice. Il che si deve riservare ai casi ove l'appendice dolente dimostri essere ricettacolo di uova e di piccoli vermi, che la traumatizzano, ulcerano ed infettano.

Logica deduzione del resto che nella pratica deve essere tenuta presente e a seconda dei casi vagliata ed applicata.

Sulla scorta però di codeste osservazioni cliniche potrà ritenersi come indicazione opportuna in occasione di interventi per occlusione intestinale acuta da ascaridi quella di resecare l'appendice, anche quando questa non presenti lesioni macroscopicamente apprezzabili.

Venezia, novembre 1925.

(1) Già nel secolo XVIII per la frequenza del reperto s'era pensato addirittura che l'appendice potesse servire di ricettacolo in cui i lombrichi deponessero le loro uova, perchè vi crescessero e si sviluppassero tranquillamente. Morgagni in sulle prime stentò ad abbracciare questa idea, ma poi per le osservazioni di molti medici che rinvennero i lombrichi in quell'appendice e per l'approvazione che questa congettura ottenne dal Santorini, non solo gli piacque ma gli parve anche confermata dai fatti.

(V. D. GIORDANO. *Compendio di Chirurgia Operatoria Italiana*. Tipografia Editrice Torinese, 1911, pp. 375-376).

(2) HOPPE-SEYLER. Münch. Med. Woch., 1904.

(1) RAILLET. *Sur l'emploi du thymol contre les parasites de l'appendice.* Société de Biol., Séance du 11 mars 1911.

OSPEDALE CIVILE DI BELLUNO.
Reparto chirurgico diretto dal prof. G. PIERI

Complicazioni chirurgiche dell'ascaridiasi

per il dott. RENATO ZAMBELLI, assistente volontario.

La presenza di ascaridi nel tenue può provocare svariati disturbi, ma è difficile che questi assumano una gravità e un aspetto da reclamare la terapia chirurgica.

In due piccole malate del nostro Reparto, a breve distanza di tempo, abbiamo potuto tuttavia constatare due sindromi un poco diverse, ma sempre di notevole gravità, che costrinsero il chirurgo all'intervento e guarirono per opera di questo.

Nel primo caso si ebbe il quadro della occlusione intestinale acuta, nel secondo gli elminti simularono colla loro presenza e i loro effetti una invaginazione. In ambedue i casi la causa dei disturbi di canalizzazione intestinale fu scoperta solo al tavolo operatorio.

È sembrato al mio Primario che valesse la pena

di pubblicare questi due singolari casi, e cortesemente ne ha affidato a me l'illustrazione.

1. *Occlusione intestinale da ascaridi.*

D. Luigia, di anni 10, da Tai di Cadore. Entra in ospedale il 10 febbraio 1926. Non precedenti patologici degni di nota, salvo attacchi di asma bronchiale di cui la bambina soffre a intervalli da oltre 4 anni.

Il giorno 2 febbraio ammalò senza causa apparente con dolori nella metà superiore dell'addome; nello stesso giorno comparve vomito. I dolori si fecero a poco a poco sempre più intensi, e andarono localizzandosi nettamente all'ipocondrio destro. Comparve febbre, che la sera oscillò fra i 38 e i 38.5. Poichè dal giorno dell'inizio dei dolori si erano arrestate l'evacuazioni, al quarto giorno fu somministrato un purgante che ebbe abbondante esito. Ma i dolori non si attenuarono, cosicchè otto giorni dopo l'inizio della malattia il medico curante si decise ad inviarla all'ospedale.

È una bambina piuttosto gracile, ben sviluppata per la sua età. Lingua coperta di patina giallastra. Polso 128, piccolo, irregolare. Nulla all'esame degli organi toracici. Nell'addome la palpazione dell'epigastrico riesce vivamente dolorosa, specialmente a livello dell'angolo epigastrico, ma non consta nè difesa nè presenza di tumefazioni. Nè diverso reperto dà la palpazione nei momenti in cui il dolore, che si ripete con carattere colico, è più intenso. Negativo l'esame dell'orine per la presenza di albumina e di zuccheri. Il giorno seguente a quello dell'ingresso venne praticato l'esame radioscopico dell'apparato digerente dal nostro Radiologo (dott. Lapenna) con il seguente reperto: « Lo stomaco è piccolo, alto, ipertonico; il bario si vuota subito, quasi in modo incontinente, attraverso il piloro nel duodeno, che si disegna rapidamente come una larga ansa fortemente dilatata. All'inizio della terza porzione il bario si arresta, e si constatano una violenta peristalsi gastrica e duodenale, e insieme una antiperistalsi duodenale e gastrica. Le manovre palpatorie, i combinamenti di posizione, non riescono a sospingere il pasto opaco oltre l'ostacolo. Dopo 4 ore lo stomaco è ancora ripieno per 2/3, una parte del pasto è passata nelle anse digiunali, che sono animate da vivaci movimenti peristaltici, ma l'ultima porzione del duodeno non è iniettata, mentre il restante duodeno è sempre pieno e dilatato, e tale resta anche quando, dopo 10 ore, si pratica un nuovo esame ».

Nella notte fra il giorno 11 e il 12 la malata ebbe una scarica piuttosto abbondante, di feci biancastre.

Il giorno 12 fu dal primario praticato, in narcosi eterea, l'intervento chirurgico, così riferito nella storia clinica.

« Laparotomia mediana sopraombelicale. Si nota subito una forte dilatazione del duodeno. Sollevato il colon trasverso si constata che la prima ansa del digiuno è grossa (diametro oltre 3 centimetri), a superficie bozzuta, e la palpazione la dimostra stipata di ascaridi per la lunghezza di quasi 20 centimetri. Con dolci manovre di pressione nel senso peristaltico si disloca la massa verminosa fino a circa 50 cmc. dal legamento di Treitz, in modo da portarla in un'ansa più facilmente estrinsecabile, quindi isolato fra due enterostati il tratto di intestino occupato dai vermi e circondata l'ansa di compresse si pratica, nella parte convessa di essa, una incisione trasversale lunga circa un centimetro, e attraverso di essa si estraggono con un klemmer gli ascaridi. Quindi si sutura la incisione intestinale con due piani (un piano profondo introflettente in catgut, un piano sieromuscolare in seta), e si riduce l'ansa nell'addome. Altri vermi si palpano, molto meno numerosi, nelle altre anse dell'ileo a valle. Aperto in uno spazio avascolare il mesocolon trasverso, nulla di anormale si constata nella retrocavità degli epiplon, all'infuori della presenza di una grossa linfoghiandola (come una mandorla) molle, rosea, in corrispondenza al margine superiore del pancreas.

Sutura totale della parete addominale a tre piani, piccolo drenaggio nel sottocutaneo.

Gli ascaridi asportati dall'intestino, vivi e vivaci, erano in numero di 120; le loro dimensioni erano inferiori a quelle del verme adulto: la lunghezza dai 15 ai 20 centimetri, lo spessore massimo di 3 o 4 millimetri.

Il giorno 15 (terzo giorno dall'operazione) fu somministrata santonina (gr. 0.10 in due dosi) e un purgante. Dopo di che la malata emise alcuni ascaridi per bocca col vomito. Nelle scariche seguite al purgante si potè contare oltre una ventina di ascaridi.

Il decorso postoperatorio fu normale: al 4° giorno fu rimosso il drenaggio, al 10° giorno si asportarono i punti.

Il giorno 4 marzo la piccola malata fu dimessa guarita ».

Riveduta il 15 maggio, si potè constatare come non si fosse ripresentato alcun disturbo a carico dell'addome.

Questo caso clinico di occlusione intestinale da ascaridi suggerisce alcune brevi considerazioni dal punto di vista della sede, della patogenesi e della terapia.

Anzitutto, la sede: è veramente singolare constatare la sede dell'occlusione, fra duodeno ed ileo, mentre è regola, finora a nostra conoscenza senza eccezioni, che la occlusione da ascaridi s' localizzi nelle ultime anse dell'ileo. Come possiamo spiegarci una sede così alta? Forse si può pensare, dato il numero degli elminti certo non inferiore ai 150 e la loro giovane età che si sia trattato di una infezione per così dire massiva, prodotta cioè da un numero abbondantissimo di uova ingerite in una sola volta: cosicchè giunte appena le uova al tenue e sviluppatisi gli ascaridi, questi per il solo numero strabocchevole, abbiano determinata l'occlusione, prima di migrare nelle anse inferiori.

Ma si tratta in realtà di una occlusione, nel senso comunemente inteso, e cioè di un ileo puramente meccanico, come si potrebbe a prima vista pensare, dato che l'agente occlusivo era rappresentato dal grosso gomitolo di elminti?

Noi non lo crediamo: non riteniamo cioè che il

quadro clinico fosse tutto dovuto alla ostruzione meccanica del lume intestinale, e pensiamo invece che a questa debba essersi aggiunto un fattore funzionale, uno stimolo determinante uno spasmo delle pareti, stimolo che potrebbe forse esser dovuto a sostanze chimiche secrete dagli elminti.

Questa ipotesi ci sembra confortata: 1) dal fatto della stipsi non assoluta (la malata ebbe scariche a casa in seguito a un purgante, ebbe una evacuazione in seguito alla somministrazione del pasto opaco, l'esame radioscopico dimostrò il passaggio, sia pur lento, di questo, oltre l'ostacolo); 2) dalla constatazione radioscopica di vivacissimi movimenti peristaltici nelle anse del tenue anche a valle dell'ostacolo; 3) dalla fierezza e continuità dei dolori colici che mal si accorderebbero col fatto di una ostruzione incompleta.

Veniamo infine alla cura.

Finora nei casi di occlusione intestinale da elminti i **chirurgi** hanno eseguito quattro tipi di intervento:

1) schiacciamento dei vermi attraverso la parete intestinale e scioglimento del nodo verminoso respingendo poi in basso gli elminti;

2) enterotomia, estrazione dei vermi, enterostomia;

3) enterotomia, estrazione dei vermi, enterorrafia;

4) resezione del segmento intestinale contenente il gomitolo dei vermi.

Il terzo procedimento fu preferito dal mio primario e si dimostrò ottimo.

In realtà appare il più razionale, in quanto riduce al minimo il trauma e sopprime immediatamente la causa dell'occlusione. Il taglio dell'intestino fu praticato trasversale per evitare con maggior sicurezza una stenosi cicatriziale. L'obbiezione che il taglio dell'intestino impedisca la immediata successiva cura antielmintica e purgativa è infondata; e lo dimostra anche il nostro caso.

Il procedimento della enterotomia, estrazione degli elminti, e enterostomia, ci appare consigliabile per i casi in cui le condizioni del paziente in seguito alla occlusione si siano fatte gravi: l'enterostomia permette l'immediato e continuato scarico delle tossine accumulatesi nell'ansa afferente.

Gli altri due procedimenti ci sembra debbano essere banditi dalla pratica chirurgica.

2. *Ascaridiasi simulante una invaginazione intestinale.*

R. Zelina, di anni 8, di Sossai. Entra in Ospedale il 31 marzo 1926. Da circa un anno va soggetta a dolori addominali molto vivi, che si ripetono a lunghi intervalli, e che vengono leniti con oppiacei. Da allora si è stabilita grave stipsi per la quale debbono venir praticati frequenti clisteri. Da circa venti giorni i dolori sono molto tormentosi, continui o quasi, e non vengono mitigati dai comuni calmanti.

È una bambina robusta, in discrete condizioni di nutrizione. Polso 96, piccolo, regolare. All'esame dell'addome si constata con la palpazione a sinistra una tumefazione oblunga situata trasversalmente, simile a una salsiccia, e lunga circa 12 centimetri, che medialmente giunge a un dito sotto l'ombelico e lateralmente si dirige verso l'ipocondrio; essa è indolente alla palpazione. Duole la fossa iliaca destra, dove non si palpano tumefazioni.

Il 2 aprile in narcosi eterea si pratica una laparotomia mediana sottombelicale. Si va alla ricerca del cieco e si trova che l'appendice è lunga, tortuosa, a forma di punto interrogativo, con sierosa fortemente iniettata; essa ha consistenza dura, per la presenza nel suo lume di un ascaride che giunge fino a un centimetro dalla punta. Si fa l'appendicectomia sezionando alla base l'organo e con esso l'elminto contenuto. Si procede quindi all'esplorazione dell'intestino, e dopo di avere esaminato il colon e il sigma senza trovare nulla di anormale si passa all'esame del tenue. Questo in un tratto lungo circa 30 centimetri, a circa 2 metri dal legamento di Treitz, è fortemente riempito e disteso da gomitoli di ascaridi. Si isola il segmento fra due enterostati, e attraverso una incisione trasversale praticata sulla convessità di esso, lunga un centimetro, si estraggono gli elminti. Questi sono in numero di oltre settanta, e quasi tutti nel massimo sviluppo. Enterorrafia con sutura continua a due piani (piano profondo in catgut, piano superficiale in seta). Sutura dell'incisione addominale a tre piani, drenaggio nel sottocutaneo.

Al terzo giorno dall'operazione fu tolto il drenaggio, all'ottavo giorno i punti; si ebbe guarigione per prima.

La malata uscì dall'Ospedale il 18 aprile, senza aver fino allora presentato alcun dolore o disturbo a carico dell'addome.

Questo secondo caso non richiede molti commenti.

La diagnosi di invaginazione sembrava la più verosimile dati: 1) l'età della malata; 2) le precedenti coliche dolorose; 3) la palpazione di un salsicciotto trasversale nella metà sinistra dell'addome (dovuto all'ansa ripiena di elminti); 4) il dolore alla palpazione della fossa iliaca destra (dovuto alla penetrazione di un ascaride nell'appendice).

Comunque, l'intervento operatorio si imponeva. Il chirurgo asportò l'appendice sezionando anche l'ascaride in essa contenuto, il che appare molto più semplice e innocuo che non la incisione del cieco e la estrazione del verme dall'appendice.

Per quanto riguarda l'accumulo di elminti nell'ansa intestinale che si palpava, cui si dovevano i forti e ostinati dolori addominali, si procedette come nel caso precedente alla enterotomia con vuotamento. Anche in questo caso all'intervento chirurgico corrispose il successo.

NOTE DI TECNICA.

ISTITUTO DI IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. G. SANARELLI.

Cultura del bac. tubercolare, tipo umano, su patata modificata.

Dott. A. ALESSANDRINI, aiuto e l. d.

La cultura del bacillo tubercolare nei mezzi artificiali è lenta e difficile specialmente di primo isolamento, per cui sono stati proposti numerosissimi metodi per la sua coltivazione.

Culture abbondanti e rigogliose si ottengono con i terreni all'uovo, proposti e utilizzati già dal 1896 dal Capaldi, tra i quali ottimi quelli di Lubenau e di Petroff. Il terreno di Petroff permette anche, come è noto, di realizzare l'isolamento del bacillo tubercolare partendo direttamente dai prodotti nei quali si rinviene di sovente associato ad altri germi patogeni o saprofiti. Questi terreni sono però di delicata preparazione ed anche assai costosi, per cui non sono consigliabili quando occorra allestire un numero rilevante di tubi per ottenere grandi quantità di patine.

Il metodo di cultura su patata glicerinata, impiegato dal Roux sin dal 1886 e descritto da Pawlowsky nel 1888, è di uso corrente. Lo sviluppo del bacillo tubercolare su questo terreno è relativamente rapido: in 4-5 settimane la superficie della patata si ricuopre interamente di una massa spessa di colonie agglomerate, granulose, prominenti e irregolari di color bianco-grigiastro, ora secche, ora umide a seconda della provenienza *umana, bovina* o *aviaria* dei bacilli.

Però se si eseguiscono dei raffronti fra le culture ottenute su terreno di Petroff o di Lubenau e quelle su patata glicerinata si rileva indiscutibilmente la superiorità dei primi due terreni al terzo, sia perchè più celere vi è lo sviluppo, sia perchè le patine sono più lussureggianti.

Ho voluto vedere se apportando qualche modificazione alla patata glicerinata fosse possibile di migliorare questo terreno, e, dopo vari tentativi, ho potuto stabilire che aggiungendo alla patata un liquido composto di brodo, glicerina, glucosio e siero normale di cavallo o di bue in dovute proporzioni si ha effettivamente un substrato per nulla inferiore ai terreni di Petroff e di Lubenau almeno per quel che riguarda lo sviluppo del bacillo tubercolare tipo umano. Questo terreno, che è assai semplice da allestire, si prepara nel seguente modo:

a) Delle patate di buona qualità sono lavate accuratamente, sbucciate e con foratappi se ne tagliano dei grossi cilindri che poi si dividono per metà. *Si lascia invariata la reazione che è per lo più acida*: se le patate fossero a reazione alcalina si immergono i pezzi tagliati per 8-10 ore in una soluzione di acido lattico al 3 % e poi si lavano a lungo in acqua corrente. I semi-cilindri di patata sono quindi introdotti in provettoni nel fondo dei quali si è posto un batuffolo di cotone idrofilo bagnato, oppure in speciali provettoni con strozzatura, in fondo ai quali si pone un po' d'acqua per impedire l'essiccamento. Sterilizzare mezz'ora ad una atmosfera;

b) Contemporaneamente, in un matraccio contenente 100 cmc. di brodo ordinario si aggiunge 1 gr. di glucosio e 5 cmc. di glicerina purissima e si sterilizza in pentola di Koch. Dopo che il liquido è raffreddato si aggiungono 10 cmc. di siero normale di cavallo o di bue;

c) Questo liquido viene addizionato ai semicilindri di patata nella quantità di 3-4 cmc. per modo che le fette di patata ne siano bene imbevute: è consigliabile anzi di tenere i provettoni in termostato per 12 ore per modo che la imbibizione sia maggiore.

Questo terreno si presta anche molto bene quando si voglia coltivare il bac. tubercolare in mezzo liquido. Basta infatti aggiungere nei matracci contenenti il brodo glucosato e glicerinato, due o tre cubettini di patata e in secondo tempo il siero normale di cavallo o di bue. La presenza della patata nel mezzo liquido ha una favorevolissima azione sullo sviluppo del bac. tubercolare.

Nel corso di queste ricerche ho potuto porre in evidenza due fatti che ritengo interessanti di ricordare: l'uno riguarda la reazione del mezzo, l'altro lo zucchero adoperato per la preparazione del terreno. Ho constatato infatti che su patate a reazione naturalmente alcalina o alcalinizzate lo sviluppo del bac. tubercolare è meno rigoglioso di quando la patata è acida: su patata decisamente alcalina il bac. tubercolare dà patine grame o non si sviluppa affatto. Il terreno da me preparato presenta il più di sovente, senza aggiunta di acido o di base, una acidità di circa Ph=6,7-6,9, che è precisamente la reazione media più favorevole per la cultura del bac. tubercolare.

In quanto allo zucchero, non è indifferente l'aggiunta di un mono o di un disaccaride qualsiasi. Sostituendo al glucosio, il levulosio, il lattosio o il maltosio all'1 % ed esaminando l'andamento di sviluppo del bacillo tubercolare ho notato che il glucosio è lo zucchero che più si addice per la cultura del bacillo tubercolare, poi viene il levulosio e il lattosio: il maltosio in un primo tempo sembra abbia una leggera azione ostacolante o per lo meno ritardante.

In conclusione la patata modificata è un ottimo terreno per lo sviluppo del bacillo tubercolare, tipo umano, per la semplicità di preparazione, per la costanza di risultati e l'abbondanza della raccolta.

RIVISTE SINTETICHE.

L'afta epizootica e la sua trasmissibilità all'uomo.

L'afta epizootica è una malattia di grande importanza per noi, per le gravi ripercussioni economiche che ha la sua diffusione nel nostro paese, diffusione di cui si può avere un'idea ponendo mente che nel 1925 le denuncie mensili hanno raggiunto il massimo nel mese di novembre con 9466 focolai in 1302 comuni di 65 provincie. Le malattie, la morte, il deperimento degli animali colpiti, la chiusura dei mercati, gli ostacoli frapposti al commercio ed al trasporto degli animali dalle restrizioni imposte per le disposizioni di polizia veterinaria sono tutti elementi che contribuiscono a menomare il nostro capitale bovino ed hanno ripercussioni gravi sull'approvvigionamento delle carni e del latte.

Oltre che per questi danni indiretti, l'afta epizootica interessa il medico anche per la possibile trasmissione all'uomo, trasmissione che la pubblicazione di diversi casi dimostra non del tutto infrequente, mentre non è improbabile che molti casi, specialmente di stomatiti, attribuiti a cause comuni, siano invece dovuti all'afta.

Fra gli animali l'afta epizootica colpisce particolarmente i bovini ed i suini e, secondariamente, anche gli equini, i cani ed i gatti. Si manifesta, in essi, con febbre elevata e con l'eruzione di vescicole di preferenza sulle mucose della bocca e della lingua, ma anche ai piedi, nello spazio interdigitale, nonchè nella così detta corona e sulle mammelle particolarmente ai capezzoli. La localizzazione alle mammelle è importante per la probabilità di trasmissione del virus per mezzo del latte. La localizzazione ai piedi, che è quella quasi esclusiva per i suini e gli ovini, determina facilmente paralisi delle masse muscolari.

Nell'uomo si manifesta specialmente con febbre elevata e con stomatite aftosa, talvolta abbastanza grave da rendere impossibile l'alimentazione. Fortunatamente, il decorso ne è piuttosto rapido e benigno, sicchè in pochi giorni la malattia è esaurita. La trasmissione si fa ordinariamente per il contatto con gli animali infetti e con gli oggetti contaminati e, specialmente per i bambini, con il consumo di latte e di latticini (burro, panna, formaggio) proveniente da vacche infette. Sembra però che per aversi la trasmissione debbano concorrere alcune condizioni coadiuvanti fra cui l'esistenza di lesioni della pelle e delle mucose ed una particolare attività del virus (1).

(1) Fra i casi d'infezione nell'uomo citiamo quelli pubblicati da F. GERLACH. *Wiener klin. Wochensch.*, 1924, n. 9.

L'agente patogeno è un virus filtrabile che si trova nel contenuto delle vescicole e, come hanno per primi dimostrato G. Cosco ed A. Aguzzi, anche nel sangue, con il quale è possibile riprodurre la malattia. Tali autori hanno anche trovato nelle emazie, nel plasma sanguigno e nella linfa delle manifestazioni eruttive, taluni elementi corpuscolari speciali che sembrano un fatto specifico dell'infezione aftosa. Frosch avrebbe trovato, mediante la fotografia ai raggi ultravioletti, dei bacilli di 1/10 di μ, che sarebbero anche coltivabili (2).

Caratteristica del virus aftoso è la grande infettività, tale che basta 1 cmc. della diluizione a 1/100,000 per infettare l'animale suscettibile (3). Tale infettività sembra però assai variabile; è molto elevata nella malattia spontanea, che si trasmette molto rapidamente per mezzo del terreno e degli oggetti infetti. Il virus è molto sensibile al calore, essendo ucciso in 5-10 minuti a 60°, mentre sembra abbastanza resistente ai disinfettanti, fra cui l'acido fenico a 1 % ha azione incostante; è necessaria un'ora per l'uccisione con la formalina al 2 %, la soda al 3 %, l'acido cloridrico a 1 %. Molto sensibile appare esso alla luce ed al disseccamento. In ghiaccio, a temperatura fra 0° e -2° conserva la virulenza per dei mesi.

La malattia può trasmettersi sperimentalmente alla cavia, ma nei passaggi talvolta scompare la virulenza. Sembra che possa trasmettersi anche ai ratti con l'ingestione di ghiandole di bovini che in vita non avevano avuto manifestazioni cliniche, ma erano rimasti in contatto con animali aftosi (4). Tale osservazione avrebbe importanza perchè potrebbe indicare la possibilità che i ratti siano portatori della malattia e nella propagazione di questa. L'intervento di ratti e di altri piccoli animali nella trasmissione appare probabile quando si voglia spiegare l'esistenza dell'afta in località del tutto isolata (5). Sembra però che per tale trasmissione si debba escludere la mosca, per la quale le esperienze di C. Lebailly hanno dato risultati negativi (6).

La diagnosi della malattia nell'uomo non è sempre agevole poichè è evidente che l'osservazione di casi di stomatiti in località aftose non è sufficiente per stabilirne l'origine, mentre d'altra parte, può aversi la stomatite aftosa anche in

(2) Cfr. D. OTTOLENGHI. *Fièvre aphteuse. Hygiène du travail.*

(3) J. A. ARKWRIGHT. *The presente problem of foot-and-mouth disease in England.* Lancet, 2 febbraio 1926.

(4) D. PEDEN. *Foot-and-mouth disease in rats.* Lancet, 2 febbraio 1926.

(5) G. ALESSANDRINI. *Nuova Veterinaria e Annali d'Igiene*, aprile 1926.

(6) C. R. Académie des Sciences, v. 179, n. 24.

paesi non infetti per il consumo del latte e dei latticini infetti. La prova dell'inoculazione ai bovini, oltre che poco conveniente perchè il bovino può ammalare gravemente e morire, è anche poco probativa in quanto che esso può essere immune. Più pratico sembra invece il metodo proposto da F. Gerlach (loco citato) cioè l'inoculazione alla cavia del contenuto delle vescicole che si strofina su scarificazioni alle superfici plantari sprovviste di peli dei metatarsi; già dopo 18 ore si ha arrossamento e dolorabilità; si sviluppano poi rapidamente le vescicole. Anche nella cavia possono però trovarsi animali immuni.

Problema della massima importanza per la conservazione del capitale bovino e l'immunizzazione (7), in riguardo alla quale si è ottenuto un progresso notevole sostituendo al materiale proveniente dalle vescicole, il sangue di animali aftosi. Con l'intento di conferire all'animale l'immunità si faceva dapprima l'aftizzazione, strofinando sulla bocca dell'animale il contenuto delle vescicole; analogamente a quanto si era osservato per la vaiuolazione, si provocava però così talvolta una malattia grave quanto la malattia spontanea.

A S. Belfanti e A. Ascoli, si dovrebbe la prima dimostrazione dell'immunità ottenuta mediante l'iniezione di emazie lavate di animali aftosi (8). Con ulteriori studi fatti su larga scala, Cosco ed Aguzzi (9) precisarono bene le condizioni in cui si sviluppa l'immunizzazione e riuscirono a conferire uno stato immunitario della durata di almeno tre mesi con l'inoculazione endovenosa dei globuli rossi.

Molti problemi rimanevano tuttora allo studio e specialmente quello sul meccanismo delle recidive, non ancora ben precisato. Ora, per la spiegazione di questo, si può anzitutto invocare la distinzione già fatta da Terni dell'immunità generale da quella dei tessuti. Quando si ammettano le due specie di immunità, si comprende la ragione per cui si possono osservare delle recidive puramente locali per inoculazione dell'epitelio boccale, mentre persiste la resistenza per altre vie d'infezione in animali già guariti da una precedente infezione.

Ma un'altra spiegazione può ora invocarsi in seguito alle esperienze di Vallée, della Scuola di Alfort, il quale (10) avrebbe dimostrato l'esistenza di almeno due varietà di virus aftoso, che non immunizzano una contro l'altra. Diventa così chiaro il meccanismo delle così dette recidive, che in realtà non sarebbero tali, mentre si offre una maggiore probabilità di successo per le immunizzazioni quando per queste si prendano gli elementi dallo stesso focolaio di infezione e si utilizzi per tal modo la condizione che sembra indispensabile per ogni tentativo di profilassi medica, cioè la specificità.

Nell'intento di rendere più semplice e più pratica l'immunizzazione per mezzo del sangue, Vallée usa ora non più l'iniezione endovenosa di emazie, ma quella sottocutanea di sangue laccato, ottenuto mescolando una parte del sangue virulento con nove parti di acqua. Gli effetti non sono costantemente regolari, ma sembrano nel complesso buoni; ad ogni modo trattasi di un metodo di molto superiore a quello dell'aftizzazione per via boccale; soprattutto è rimarchevole la benignità di questo procedimento con cui la mortalità non oltrepassa 1 per 4000.

Secondo lo stesso Vallée, anche l'iniezione di sangue di animali convalescenti permette una protezione che sarebbe costante non solo per gli adulti, ma anche per i giovani che generalmente soccombono in gran numero nelle epizoozie.

A passi lenti, ma con progresso costante sembra dunque che ci si avvicini al giorno in cui la difesa del nostro patrimonio zootecnico da questo flagello potrà essere realizzata in piena efficienza.

A. FILIPPINI.

---

(7) Sarebbe qui fuor di luogo trattare in queste brevi note la questione dei diversi metodi di immunizzazione. Per un'ampia conoscenza di questa come di tutto il problema dell'afta, si vedano le pubblicazioni fatte a cura della Direzione Gen. della Sanità pubblica. *Stato delle conoscenze e degli studi sull'etiologia dell'A. E. Rassegna bibliografica e Relazione generale*, Roma, 1921.

(8) *Policlinico*, S. P., anno XXIV, fasc. 47.

(9) G. COSCO e A. AGUZZI. *Studi sperimentali sull'afta epizootica*. Estr. dalla Clinica Veterinaria, 1922.

(10) Revue de Pathologie comparée, 5 dicembre 1925, e Tribune médicale, marzo 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Il morbo di Raynaud.

(ACHARD M. CH. *Le Bulletin médical*, 1926, n. 2).

Raynaud descrisse la malattia che porta il suo nome nel 1862. Il sintoma essenziale da lui designato consisteva in una gangrena secca e simmetrica senza lesioni vasali e verificantesi in soggetti giovani, fatti questi che distinguono la sindrome dalla gangrena senile dovuta ad arterite.

I successivi studi sull'argomento poco hanno aggiunto al quadro sintomatico, ed hanno invece meglio determinato in quali condizioni la malattia si verifica.

La sindrome di Raynaud si osserva più frequentemente nelle donne, e quasi esclusivamente in soggetti giovani, per lo più dai 18 ai 30 anni; è rara oltre i 40 anni; si verifica anche negli adolescenti e ne sono stati registrati casi anche nei lattanti.

La sindrome di Raynaud suole comparire in seguito a svariatissime malattie:

a) ad infezioni: influenza, tifo, tifo esantematico, difterite, scarlattina, pulmonite, reumatismo acuto, febbre puerperale, tubercolosi, sifilide acquisita o ereditaria;

b) a malattie nervose: sifilide del sistema nervoso, paralisi progressiva, tabe, siringomielia, nevriti, epilessia, emicrania, psicosi, isterismo;

c) a cardiopatie e nefrite;

d) ad intossicazioni: alcool, morfina, ossido di carbonio, nitrotoluolo, salvarsan;

e) al diabete, al morbo di Addison, ad affezioni endocrine varie.

La sindrome di Raynaud si verifica generalmente ad accessi, che sono provocati da alcune cause occasionali, di cui le principali sono il freddo e le emozioni.

Gli accessi si manifestano sotto tre forme: sincope, asfissia e gangrena locali.

La sincope locale consiste in un'anemia locale con pallore biancastro o giallastro limitata ad un dito o a tutta la mano. In corrispondenza si ha anestesia tattile e conservazione di quella termica, perdita dei movimenti. Questo stato dura da qualche minuto a parecchie ore.

L'asfissia locale segue alla sincope: il pallore è sostituito da una tinta bianco-bluastra, poi violacea e ardesiaca. La pressione provoca una macchia bianca che scompare lentamente. La cianosi è accompagnata da dolori più o meno intensi (bruciore, trafitture, sensazione di peso e rigidità), da impotenza motoria locale, da anestesia che ha distribuzione radicolare. La tinta asfittica scompare lentamente. Questa fase dura in media da 15 a 30 minuti. Durante questo periodo il polso diventa frequente, talvolta piccolo e anche impercettibile. Si ha aumento della pressione capillare, restringimento spasmodico delle arteriole e dilatazione delle venule. Durante la fase stessa l'infermo può soffrire disturbi vari: cefalea, afasia, paralisi, accessi epilettiformi, vomito, diarrea, albuminuria, emoglobinuria e più frequentemente mosche volanti che sembrano essere in rapporto ad ischemia spastica delle arterie retiniche.

Di solito gli accessi si arrestano alla fase sincopale o asfittica, più raramente sopravviene la gangrena. Questa è annunziata dall'accentuazione della tinta violacea, che diventa poi rossa livida, e dal raffreddamento che contrasta con il calore delle parti vicine; il dolore diventa più intenso e si diffonde a parti più o meno lontane; la sensibilità è del tutto abolita. Segue la gangrena che assume tre aspetti: flittene, incartapecorimento, escara.

La flittene è localizzata all'estremità, contiene liquido giallo o tinto di sangue; col tempo si distacca, si escoria lasciando una cicatrice piccola e depressa. Quando gli accessi del genere si ripetono le unghie cadono, le dita si affusolano, la pelle diventa sottile e zigrinata.

Nell'incartapecorimento senza flittene la pelle diventa secca, dura, giallastra. Le placche incartapecorite cadono per desquamazione.

L'escara si produce alla falangetta, può essere più o meno diffusa, rende l'unghia nera e mummifica la falangetta. Poi si ha suppurazione e l'escara si distacca.

La sindrome di Raynaud può colpire le mani ed i piedi, più raramente la punta del naso, le orecchia, e eccezionalmente anche altre zone cutanee. Ordinariamente è bilaterale, ma può essere più accentuata ad un lato, e colpire i due lati a distanza di tempo.

Il disturbo decorre in tre fasi: fase d'invasione con asfissia locale che dura da qualche giorno ad un mese; periodo di stato con dolori isolati e gangrena, che dura una dozzina di giorni; periodo d'eliminazione delle escare e cicatrizzazione che può durare da 20 giorni a 10 mesi.

La malattia può assumere diverse forme: frusta o attenuata; grave con dolori violenti e gangrena estesa con gravi mutilazioni; complicata con sclerodattilia o eritromeralgia.

La diagnosi della malattia di Raynaud è facile; ha caratteri così precisi che non può essere confusa con altre sindromi. Nelle varie fasi della malattia si possono avere analogie: con i geloni, che sono meno parossistici; con la cianosi delle

affezioni circolatorie e pulmonari, che non è dolorosa e si accentua con gli sforzi; con l'acrocianosi che è permanente ed indolore; con l'acroparestesia, affezione dolorosa, ma non accompagnata da disturbi vaso-motori; con la gangrena senile, che ha carattere estensivo e non parossistico e nella quale si ha scomparsa o riduzione del polso arterioso.

Secondo Raynaud la sindrome è determinata da spasmo arterioso. Recenti ricerche avrebbero invece dimostrata l'esistenza di lesioni vasali, endoarterite o aplasia arteriosa, cui lo spasmo sarebbe secondario.

La sincope locale corrisponderebbe alla costrizione di arteriole e venule; l'asfissia locale corrisponderebbe alla scomparsa dello spasmo ed al riflesso del sangue attraverso le vene nella zona ischemizzata, la gangrena si produrrebbe quando le lesioni arteriose sono molto accentuate e permanenti.

Altri autori hanno attribuito la sindrome a lesioni del sistema centrale nervoso e periferico.

La teoria che sembra più rispondente al vero è quella simpatica. È noto che alcune lesioni del sistema nervoso centrale producono la sindrome di Raynaud quando sono colpiti i centri simpatici del cervello e del midollo; che essa può essere prodotta da lesioni nervose periferiche quando interessano le fibre simpatiche dei nervi stessi o perivasali.

La coesistenza apparentemente strana e non rara dell'eritromelalgia e della sindrome di Raynaud si spiega con la circostanza che la patologia del sistema autonomo determina spesso fatti opposti. L'equilibrio dipende dall'azione simultanea di due sistemi, le cui influenze hanno spesso carattere parziale e regionale, donde reazioni morbose molto varie. Laignel-Lavastine chiama atassia vasomotrice quest'associazione dell'eritromelalgia e della sindrome di Raynaud, associazione che in effetti è l'espressione della distonia vago-simpatica.

La cura del morbo di Raynaud deve essere guidata dalla su accennata concezione patogenetica.

Durante gli accessi oltre i calmanti del dolore (bromuri, oppiacei, antipirina, valeriana, ecc.), devono essere propinati medicamenti vasodilatatori (chinina, belladonna, nitriti). Al riguardo agiscono bene anche le applicazioni calde sotto forma di bagni o di doccia d'aria calda. Reynaud ha adoperato vantaggiosamente la corrente galvanica.

Leriche ha applicato al morbo di Raynaud con successo la simpatectomia periarteriosa.

Quando risulti che l'infermo è affetto da sifilide, tubercolosi, nefrite o malaria conviene agire su queste cause probabili della sindrome. Particolarmente il trattamento antisifilitico ha dato parecchie volte buoni risultati.

DR.

RENE E VIE URINARIE.

Cisti sierose del rene e operazioni conservative.

(M. LAQUIÈRE. *Journal de chirurgie*, tome XXVI, n. 3, settembre 1925).

L'A., partendo dall'osservazione di 5 nuovi casi, riprende lo studio generale di queste cisti e difende le operazioni parziali ed in modo speciale la resezione a collaretto.

Queste cisti sono rare; non ne sono pubblicati che 124 casi; sono più frequenti nell'adulto e nel sesso femminile. La cisti è unilaterale ed unica: talvolta però ve ne possono essere due o tre. Il lato destro sembra il più colpito, ed il luogo di elezione il polo inferiore (40 %) o superiore (21 %). Il volume è vario, la forma sferica, ovoide regolare; il colore varia secondo lo spessore della parete ed il contenuto. Sulla parete vi è sviluppo vasale ciò che talvolta ha reso difficile la resezione ed obbligato alla nefrectomia. L'interno della cisti ha delle travate in abbozzo, che forse sono residui di pareti di più cisti poi fuse. Talvolta vi è infiltrazione calcarea tale da rendere immagini radiografiche nette. Raramente la cisti è peduncolata, più spesso è sessile ed aderente intimamente al parenchima renale col quale si continua. Il parenchima renale è poco modificato, il rene è sano. Gli autori si accordano nel dire che le cisti non prendono rapporti colle vie escretrici, talvolta però il bacinetto e l'uretere possono essere respinti o compressi e risultarne idronefrosi. Hanno talora rapporti intimi ed importanti coi vasi, sia con peduncoli accessori le cisti dei poli, sia col peduncolo vero quelle del margine concavo. Aderiscono agli organi vicini: l'intestino è il primo organo col quale si pongono in contatto, poi con tutti gli altri organi addominali. È descritto un caso di compressione del coledoco. Cisti e rene mobile sono spesso associati; sembra che questo segua a quella. Microscopicamente si trova la struttura di una cisti sierosa con tunica interna tappezzata di epitelio piatto ed esterna di tessuto connettivo lasso. Il tessuto renale vicino è un tessuto glandolare normale. Il liquido cistico talvolta limpido, talvolta torbido, contiene poca urea, molta albumina, cristalli, talvolta precipitati in piccoli calcoli. Anatomicamente la cisti è una proliferazione benigna le cui cellule, non hanno alcun carattere neoplastico.

Tre teorie sono in campo per spiegare la pato-

genesi di queste cisti: la teoria neoplastica, oggi abbandonata, la teoria meccanica (cisti da ritensione) cui si ricollega la teoria infiammatoria, la teoria congenitale la più accreditata in questi ultimi tempi. Si discute inoltre da qual punto la cisti abbia origine; ma ciò che è certo si è che malgrado tutto nulla sappiamo dell'origine di queste cisti e che val meglio attenersi all'eclettismo di Pousson, che sostiene che le cisti hanno origini multiple.

Le cisti del rene non hanno sintomi patognomonici propri. L'inizio è particolarmente insidioso e per molti anni rimangono inavvertite. Talvolta danno luogo a sintomi dolorosi che sono dei più vaghi ed a carattere il più svariato; la sede non è tipica e si sono osservati dolori a sede epigastrica, a sede lombare, ecc., tal'altra i dolori mancano del tutto. Sono state segnalate turbe digestive, costipazione, meteorismo, turbe cardiache e polmonari, mentre che lo stato generale in genere non si altera affatto. La tumefazione renale è il più delle volte il solo sintomo; essa ha sede e contatto lombare, è almeno nei primi stadi mobile con gli atti respiratori, è nettamente retro-colica. L'esame delle urine è in generale negativo. In qualche caso si è osservata piuria od ematuria e quasi costantemente l'albuminuria. L'esame funzionale separato dei reni dimostra integrità o quasi della funzione renale. La radiografia, con pielografia, dà segni preziosi, quando in specie vi è calcificazione della sacca. Tali essendo i segni svariati delle cisti occorre raggrupparle in varie forme cliniche.

Nelle forme latenti le cisti sono reperti di autopsia.

Nelle forme dolorose la diagnosi è quasi sempre posta come idronefrosi.

Le forme ematuriche sono rare.

Le cisti del polo inferiore comprimono facilmente l'uretere e danno uronefrosi.

Le cisti del polo superiore presentano un quadro clinico un po' speciale, con disturbi specialmente del tipo toracico, con dispnea, frequente ottusità delle basi, diminuzione del murmure vescicolare, ecc.

Le cisti su rene mobile sono frequenti e sono le più difficili a diagnosticare. Infine le cisti molto voluminose occupano una gran parte dell'addome e si prestano alle più strane diagnosi.

L'evoluzione delle cisti è lenta, però talvolta procede a poussées. La suppurazione della cisti è eccezionale. Non invece l'emorragia intracistica che è più frequente. La rottura della cisti, la occlusione intestinale, l'ittero per compressione del coledoco, sono complicazioni eccezionali poichè la cisti anche da questo punto di vista è come dice Touffier « benigna per la sua natura e per i suoi effetti ».

Come abbiamo visto alcun segno patognomonico rivela le cisti sierose del rene.

I dolori di diverso tipo hanno condotto a diagnosi di coliche nefritiche epatiche, gastriche, appendicolari o a dolori da male di Pott. Se esiste tumefazione essa può risiedere in qualunque parte dell'addome se il rene è mobile, donde difficoltà di diagnosi: più spesso si è pensato ad una cisti dell'ovaio, a un grosso fegato, a una colecistite, a una grossa milza. Se è a sede renale occorre determinare la natura. L'assenza di piuria elimina le pielonefriti e la tubercolosi, l'assenza di ematuria scarta la litiasi e il tumore, non resta quindi altro che a distinguere una idronefrosi e un rene mobile. Questa diagnosi è spesso impossibile.

Il rene mobile semplice però si riconosce perchè ha conservato la sua forma e il suo volume. l'idronefrosi aperta sarà svelata dal cateterismo ureterale e dalla pielografia; l'idronefrosi chiusa per l'assenza di secrezione da quel rene.

La diagnosi di cisti sierosa del rene si deve fare per eliminazione. In realtà è difficilmente fatta e la diagnosi si stabilisce con l'atto operativo.

Molti metodi sono stati impiegati per la cura. I metodi antichi, puntura e marsupializzazione debbono essere assolutamente rigettati poichè la prima è inutile e pericolosa, la seconda porta suppurazione con fistolizzazione prolungata.

La nefrectomia è molto più benigna, talvolta è la sola operazione possibile, specie quando un esame funzionale abbia dimostrato l'integrità dell'altro rene e difficoltà tecniche si oppongono alla resezione parziale.

Dei metodi conservativi l'enucleazione sarebbe il metodo ideale però è difficilmente attuabile e più spesso si è costretti a ricorrere ad una escissione o una nefrectomia parziale. Il grosso inconveniente di questo metodo è che molto spesso si aprono grossi vasi renali ed una emorragia abbondante può indurre il chirurgo alla nefrectomia immediata. Inoltre se i calici furono aperti può rimanere una fistola urinaria. È perciò che l'Autore preferisce la resezione a collaretto. Tale processo è semplice.

1) Puntura e aspirazione del liquido.

2) Apertura della cisti.

3) Sezione circolare della parete cistica al punto in cui essa emerge dal parenchima glandolare.

Tale operazione ormai adottata da Michon e Marion non presenta alcun inconveniente.

La prognosi delle cisti sierose è favorevole. Il loro aumento di volume può determinare la ptosi

renale e delle compressioni di organi. È perciò che bisogna intervenire e levare la cisti. L'integrità del parenchima renale esige un intervento conservatore. Bisogna levare la cisti e soltanto la cisti, perciò il processo di scelta è la resezione a collaretto. È un processo benigno applicato ad una affezione benigna poichè in seguito la cisti non recidiva e non degenera mai.

U. BANI.

La patogenesi e la cura delle piccole idronefrosi senza causa apparente.

(O. MERCIER. *Journal d'urologie*, n. 6, 1925).

L'A. illustra 14 casi di piccole idronefrosi e fa delle considerazioni sulla patogenesi e sulla cura. Ricorda, anzitutto, come secondo quanto affermano Gregoire e Bazy, la pielografia abbia dimostrato nettamente l'esistenza di lievi dilatazioni del bacinetto, le quali sono molto più dolorose delle grandi idronefrosi. Il dolore è tanto più accentuato quanto più la parete della pelvi possiede una certa contrattilità. Studiando la patogenesi di queste piccole idronefrosi dette senza causa apparente l'A. non si limita a ricordare le idronefrosi per vasi anormali o per diminuzione del lume ureterale, primitiva o secondaria, per calcolo o per tumore prossimiore. Nei casi in cui la patogenesi non è chiara l'A. rivolge la sua attenzione alle briglie o alle aderenze che fissano in qualche modo il bacinetto e la parte justa-pielica dell'uretere. Mentre Bazy nega l'esistenza di questi pseudolegamenti vertebrali e pielici l'A. in tutti i casi che ha studiato ha rilevato, all'atto operativo, briglie pieliche o ureterali. Per quello che si riferisce alla loro natura non sa precisare se si tratti di formazioni congenite, normali o anormali, o di processi flogistici. Tuttavia l'A. crede che, nella maggior parte dei casi, si tratti di disposizioni congenite simili alle membrane di Jächson, che si riscontrano al livello del cieco. Queste briglie, partendo dalla profondità, vanno a fissarsi sul bacinetto e sulla porzione justa-pielica dell'uretere. In genere si presentano fragili, ma in alcuni casi, per processi flogistici o congestizi, sono fibrose e spesse. Queste briglie soltanto però non possono per sè stesse produrre una dilatazione del bacinetto in quanto che il meccanismo necessario alla produzione dell'idronefrosi sarà completato dall'abbassamento del rene, abbassamento che non deve confondersi con il rene mobile. Il rene può abbassarsi di un centimetro e anche di 2 centimetri senza causa apprezzabile. La porzione justa-pielica dell'uretere essendo fissata con briglie apparentemente congenite il bacinetto diviene sia orizzontale sia obliquo da dentro in fuori e dall'alto in basso, creando così un fondo pielico virtuale. Data questa posizione viziosa, aumenterà la forza contrattiva per potere vuotarsi normalmente. Con questo sforzo, diminuendo la contrattilità, l'urina, tende ad accumularsi nel basso fondo virtuale e l'idronefrosi si stabilisce. Quanto alla cura essa deve essere, essenzialmente conservatrice, non si deve punto ricorrere alle pieloplastiche e agli impianti uretero-pielici. L'enervazione renale teoricamente efficace contro il dolore è una operazione delicata e alle volte pericolosa per i vasi quando esistono delle aderenze. La nefropessia alta, invece, con liberazione dell'uretere, è facile e riesce molto utile in quanto che ristabilisce la posizione normale del bacinetto di fronte all'uretere. Così facendo l'A. nei 14 casi operati, ha ottenuto risultati perfetti e duraturi.

T. LAURENTI

Considerazioni nuove sul funzionamento del rene policistico.

(MARIO NEGRO e G. COLOMBET. *Journal d'Urologie*).

Il rene policistico si comporta d'una maniera differente in confronto alla eliminazione delle sostanze naturali e coloranti. Mentre nella gran parte delle lesioni provocanti una diminuzione del potere secretorio renale, l'urea e le sostanze coloranti, come la fenolsulfoneftaleina, dimostrano lo stesso comportamento, nel rene policistico, al contrario, questo parallelismo non esiste più.

La fenolsulfoneftaleina in questa forma di lesione ha una percentuale d'eliminazione nettamente inferiore a quella che dovrebbe avere in rapporto alla eliminazione ureica.

Gli AA. hanno constatato su 8 casi di rene policistico costantemente lo stesso comportamento. Riportano pertanto la formula cosidetta del rene policistico, data da:

1) quantità totale dell'urina eliminata: abbondante;

2) concentrazione d'urea al litro: mediocre;

3) quantità reale d'urea eliminata (débit): buonissima;

4) percentuale della P. S. P. eliminata: molto scarsa.

Ammettono come ipotesi che nel rene policistico la P. S. P. viene ostacolata nella sua eliminazione dalle zone di sclerosi che esistono attorno le cisti. Quanto alla buona eliminazione ureica gli AA. accettano la spiegazione data da M. Chevassu che tende a risolvere la questione colla presenza di notevole quantità di parenchima renale normale, situato dentro le cisti il cui funzionamento sarebbe esaltato.

SCANDURRA.

VASI SANGUIGNI.

La patologia dell'embolia grassosa.

(H. GAUSS. *Research Depart. Nat. Jew. Hosp.*, volume V, 1924).

L'embolia grassosa segue sempre a un trauma — chirurgico o accidentale — per lo più a carico delle ossa lunghe. Sono molto dubbi i casi descritti in seguito a osteomielite. Generalmente benchè in un trauma si abbia una liberazione di grasso nel punto colpito e apertura di vene, pure l'embolia non si produce per la pronta chiusura spontanea delle boccucce vasali. Una piccola quantità di grasso passa in circolo, ma esso viene ben tollerato perchè o passa nelle orine dai capillari dei glomeruli, o colla bile viene escreto nell'intestino, o viene fagocitato dagli endoteli, oppure, saponificato dalla lipasi del sangue, viene emulsionato col plasma.

Le vene contenute nei canali ossei invece non possono collabire e il grasso del midollo sospinto dai movimenti ai quali per azione muscolare sottostà il focolaio traumatico e aspirato dalla pressione negativa, può passare in circolo in grande quantità. In molti casi gli emboli si fermano nei polmoni dove producono una chiusura delle arterie minori, iperemia, edema, piccole emorragie che si traducono coi noti sintomi. In casi specialmente gravi per un ostacolo al lavoro del cuore si può avere la morte.

Altre volte gli emboli ritornano al cuore e passano nel grande circolo e possono giungere nelle v. coronarie, nei glomeruli del rene dando luogo a sintomi più o meno gravi. Ma il sistema che mostra le lesioni anatomiche e i disturbi funzionali più gravi è il sistema nervoso. In ogni tratto dell'asse cerebro-spinale l'A. ha potuto dimostrare emboli che occludevano i capillari, con edema, emorragie, e infiltrazione parvicellulare. Ha messo in evidenza inoltre piccole aree necrotiche con distruzione totale delle guaine mieliniche e scomparsa delle fibre nervose.

Clinicamente a queste lesioni corrisponde uno stato di agitazione che passa in un vero delirio, con vomito, scosse tonico-cloniche, elevazioni di temperatura. Poi il malato cade in coma, con respiro di Cheyne-Stokes finchè muore. L'A. crede che sono tutti gli emboli che si rinvengono nei centri corticali e subcorticali e nelle vie afferenti ed efferenti di senso e di moto che agendo come innumerevoli stimoli producono il quadro clinico del delirio e dello stadio convulsivo e che è la necrosi che segue agli emboli che producendo un collasso funzionale di tutto il sistema nervoso dà luogo al coma.

MANFREDO ASCOLI.

Innervazione dei vasi in rapporto al problema della simpaticectomia periarteriosa.

(L. HIRSCH. *Archiv f. Klin. Chir.*, vol. 137, fasc. II).

L'A. ha assodato, anzitutto, che la quasi totalità delle fibre nervose periarteriose, sono provviste di mielina. Con l'osservazione su circa 60 preparazioni, ha cercato di stabilire la provenienza dei nervi che si trovano nel tessuto periarterioso e nell'avventizia. Mai gli riuscì di mettere in evidenza delle vie nervose lunghe che accompagnino i vasi; così, p. es., il plesso aortico non dà che pochissimi rami all'art. iliaca, mentre invece la maggior parte dei suoi nervi provengono dal genito-femorale. Tutti i nervi dei vasi degli arti provengono dai nervi periferici. Così l'art. ascellare e brachiale ricevono molta fibra dal plesso brachiale, in più la brachiale nel terzo sup. ha fibre che provengono dai n. radiale e cutaneo mediale dell'avambraccio, nel terzo medio dal mediano.

Il filuzzo nervoso, decorre, senza dare diramazione, fino allo strato esterno della muscolare; ivi si anastomizza con ramuscoli che provengono da altri nervi, p. es., fra radiale, mediano, cutaneo mediale dell'avambraccio e ulnare. Da questo plesso partono verso la muscolare alcune diramazioni, altre si uniscono per formare dei nervi che, in parte vanno alle diramazioni dell'arteria, in parte si sperdono nel connettivo e nel tessuto adiposo e rappresenterebbero, secondo l'A., le vie nervose per questi tessuti.

I rami arteriosi sono provvisti, al loro inizio, da filuzzi nervosi che provengono dal plesso del tronco, poi ricevono rami o dallo stesso nervo che provvede all'innervazione del tronco o, più comunemente, dal nervo che sta più vicino al ramo arterioso.

In conclusione, la simpaticectomia secondo Lériche-Brüning, interesserebbe quasi esclusivamente fibre midollate, non interrompe nessuna via nervosa lunga, interrompe, invece, la conduzione nervosa dell'arteria per il pezzo corrispondente all'avventizia asportata e distrugge vie nervose destinate ai rami e ad una parte distale dell'arteria stessa.

VALDONI.

MEDICINA DI GUERRA.

Contributo allo studio delle alterazioni anatomiche da gas di guerra con speciale riguardo all'yprite.

(BERNARDINO LUNGHETTI. *Giornale di medicina militare*, 1926, n. 3).

L'A. riferisce circa tre autopsie da lui eseguite durante la guerra su militari morti in seguito

all'azione dell'yprite; e sulla scorta di queste sue ampie osservazioni e con disamina della letteratura passa in rassegna e commenta le alterazioni morbose provocate dai gas di combattimento.

Gl'individui sezionati erano stati colpiti alle prime ore del 4 dicembre 1917. Di essi il primo morì alle ore 11.30 del giorno successivo. Il secondo all'ingresso all'ospedale (5 dicembre) presentò edema palpebrale e iperemia congiuntivale, quindi comparve eritema diffuso alla faccia e agli arti con flittene grandi e numerose e insieme afonia e tosse stizzosa; morì il giorno 8 dicembre per l'aggravarsi dei sintomi a carico dell'apparato respiratorio. Il terzo, ricoverato anche egli il giorno 5 in un ospedale da campo, presentava larghe zone iperemiche e grosse bolle sierose sulla faccia, sugli arti superiori e inferiori e sui genitali esterni; morì il giorno 10 alle ore 18 con sintomi di edema polmonare.

A seguito delle lesioni rilevate nei singoli organi l'A. conferma la frequenza di alterazioni surrenali (congestione della sostanza midollare, trombosi di piccoli vasi e numerose piccole emorragie) negl'ypritizzati, nei quali, come anche in colpiti da altri gas, fu già notata la facile comparsa di stati di astenia, che si giovavano della opoterapia surrenale.

Rileva con altri osservatori le alterazioni della tiroide con aumento della sostanza colloidale e ricorda come siano stati osservati sintomi di basedowismo dopo l'azione dei gas di combattimento.

Circa la contestata questione di uno stato timo-linfatico che, secondo molti autori, spiegherebbe una scarsa residenza di fronte ai gas, l'A. invero nei suoi casi non ha rilevato segni di siffatta condizione, pur avendo osservate alterazioni notevoli e in un caso atrofia dell'organo con una spiccata sclerosi.

A carico del tubo digerente ha descritte alterazioni non gravi (congestione diffusa della mucosa sopratutto a livello dello stomaco con qualche piccolo focolaio di infiltrazione parvicellulare), riferibili all'azione irritante di piccole quantità d'yprite deglutita con la saliva, mentre da altri autori fu segnalata in un ypritizzato una flogosi gastro-intestinale con fenomeni emorragici e necrotici e, dopo l'azione di altri gas, furono osservate forme ulcerative gastriche, disturbi appendicolari e fatti di cangrena intestinale.

Il fegato in un caso presentò semplicemente segni di una leggera stasi; negli altri due l'organo era aumentato di volume con parenchima torbido di colorito rosso-scuro e con diverse chiazze giallastre; microscopicamente un lieve stato d'infiltrazione parvicellulare degli spazi portobiliari con la presenza nelle cellule epatiche di pigmento giallastro, che verso la periferia dei lobuli dette le reazioni del ferro.

In riguardo a queste e ad altre alterazioni epatiche descritte specialmente in colpiti da cloro e da fosgene, l'A. raccomanda di esser cauti nella interpretazione di simili fatti, che potrebbero essere anche riferiti ad una incongrua alimentazione, ad abuso di sostanze alcooliche o ad altre cause comuni contingenti.

Le alterazioni più caratteristiche, più complesse e più importanti furono quelle a carico dell'apparato respiratorio. Fu sempre accertata l'esistenza di un grave stato flogistico della laringe, della trachea e dei bronchi, che, nel terzo caso, interessava anche le parti profonde, spingendosi in qualche punto al difuori della tunica fibrocartilaginea.

Nel primo caso i polmoni, aumentati di volume per uno stato di enfisema diffuso, presentarono qua e là dei focolai di broncopolmonite incipiente, in parte affioranti sotto la pleura, la quale a questo livello appariva iperemica e coperta di un sottile velamento fibrinoso; le ghiandole peribronchiali erano ingrossate e congeste. Nel secondo caso i polmoni erano diffusamente congesti con edema accentuato e con focolai di broncopolmonite. Nel terzo caso le cavità pleuriche erano obliterate da aderenze recenti e facilmente scollabili. I polmoni, aumentati di volume, presentavano la sierosa viscerale asciutta e coperta da un sottile induito fibrinoso e disseminata di un gran numero di piccole rilevatezze, che davano alla superficie del polmone un aspetto irregolarmente zegrinato del tutto caratteristico; nell'interno si notò uno stato di congestione accompagnato da intenso edema con focolai di broncopolmonite e con zone enfisematose specialmente a livello dei margini anteriori.

Queste constatazioni, come i reperti microscopici diffusamente illustrati nelle singole relazioni, sostanzialmente concordano con quanto è stato notato anche per altri gas tossici da diversi autori.

È difficile sceverare fino a che punto le varie alterazioni bronchiali e polmonari possano essere dovute all'azione nociva dei diversi gas o non piuttosto a quelle di germi patogeni, che con tanta facilità possono comunque giungere, in vario modo, nelle vie aeree e nel parenchima polmonare. Poi che l'yprite ha una certa tendenza ad essere assorbita dai tessuti con i quali viene a contatto, non è da escludere che lungo l'albero respiratorio avvenga un deposito di piccole particelle di questo gas, che, volatilizzandosi

in seguito più o meno lentamente, giunge ad esercitare la sua azione deleteria fin negli stessi alveoli polmonari.

Secondo le conclusioni dell'A., in conseguenza dell'azione dell'yprite, e in genere di molti dei gas di guerra, possono essere interessati nel modo più complesso i vari visceri e segnatamente i polmoni, donde la possibilità della comparsa nei diversi casi di sintomi assai differenti, di complicazioni di varia natura, di postumi più o meno gravi, sia di per sè, sia come fattore di predisposizione morbosa locale o generale.

DE BERNARDINIS.

CENNI BIBLIOGRAFICI

J. LEVEUF. *Chirurgie d'urgence.* Vol. in-16°, pagine 146. Maloine ed., Parigi, 1925. Fr. 8.50. Fa parte della collezione « Les petits précis ».

L'A. si propone di illustrare quanto della chirurgia d'urgenza è indispensabile per arrivare alla diagnosi discutendo più particolarmente l'indicazione terapeutica. I singoli capitoli sono compendiati in poche pagine pur costituendo un tutto completo, sufficiente a dare una idea precisa a chi legge.

Come ricorda l'A. stesso, il migliore insegnamento della chirurgia d'urgenza è praticato dall'esperienza personale, ma non tutti sono in condizione di acquistarla e in ogni modo, per chi comincia, è indispensabile un *minimum* di cognizioni teoriche, senza le quali l'errore non ha scusa.

Il libro si propone appunto di esporre succintamente questi principi generali; per le dimensioni del libro e la possibilità di acquisire rapidamente una conoscenza sufficiente di un determinato argomento, sarà utile consigliere nei casi in cui sorga un dubbio diagnostico, e specialmente terapeutico, quando la necessità di provvedere subito non consente la consultazione di un trattato.

VALDONI.

A. MARTIN. *Chirurgie infantile.* Vol. in-8° di pag. 182. Ed. Maloine, Parigi.

Fa parte della nuova collezione Cantonnet « Les petits précis » e, destinato al pratico, si propone di compendiare il minimo indispensabile. L'autore è riuscito a raccogliere in poche pagine i capitoli così numerosi della chirurgia infantile, riuscendo a fare di ognuno una sintesi breve in cui, bandite le teorie e il lusso culturale, enumera con grande chiarezza i segni che portano alla diagnosi e stabilisce le indicazioni terapeutiche. Numerose figure corredano il testo. Crediamo di poter raccomandare al pratico questo libro che riuscirà utile sia per consultazione al letto dell'ammalato che per ricordare brevemente nozioni già acquisite.

VALDONI.

WALTER ZWEIG. *Die Nachbehandlung nach Magen- und Darmoperationen.* Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

È una pubblicazione di 47 pagine: divisa in una parte generale ed una speciale. La prima comprende il trattamento da seguire per combattere i danni della narcosi sul cuore, sul fegato, sui polmoni, e in relazione al vomito, e comprende ancora il trattamento richiesto dai dolori post-operatori, e la nutrizione extrabuccale.

La parte speciale comprende il trattamento richiesto specificamente dalle varie modalità di operazioni sullo stomaco e delle operazioni sull'intestino. Fra le operazioni sullo stomaco sono considerate: la gastro-enterostomia, con le sue complicazioni di: circolo vizioso, emorragie gastriche, ulcera peptica del digiuno, degenerazione maligna dell'ulcera, occlusione intestinale per azione dell'arteria mesenterica.

Fra le operazioni sull'intestino sono considerate: le resezioni alte e basse, le operazioni per emorroidi, l'ano preternaturale.

Vi sono illustrati i più razionali precetti per secondare nel modo migliore le cure chirurgiche, e per quanto riguarda le operazioni gastriche è riservata buona parte alla dieta post-operatoria.

B.

MALLET-GUY PIERRE. *Pancréatites chroniques avec ictère. Valeurs et résultats éloignés de la cholécystogastrostomie.* Paris, Masson et C.ie, 1925. Fr. 25.

Il capitolo delle pancreatiti è ancora molto oscuro, e specialmente le pancreatiti croniche restano pur sempre fra le forme morbose meno note e di più difficile diagnosi. L'A. proponendosi di studiarle e di indicarne la cura, ha fissato le sue osservazioni su quelle pancreatiti croniche che decorrono con ittero; basandosi innanzi tutto sullo studio dei malati che egli ha potuto osservare. Fra le cause delle pancreatiti croniche con ittero, oltre la sifilide, hanno importanza notevole le affezioni delle vie digerenti e delle vie biliari; ma quando il malato giunge al medico o al chirurgo presenta ordinariamente la sindrome di occlusione delle vie biliari quale si riscontra nel cancro della testa del pancreas o nelle calcolosi del coledoco. L'A. discutendo tutti gli elementi che possono permettere di giungere ad una diagnosi, osserva come più che i dati forniti dagli esami radiologici e chimici, meglio servono quelli

raccolti dall'anamnesi del paziente, dall'osservazione dello stato generale, e dalla presenza di infezioni prolungate subacute.

Nei riguardi della cura l'A. discute ampiamente i mezzi proposti e si sofferma particolarmente nell'anastomosi della cistifellea con lo stomaco, studiando accuratamente le modalità secondo le quali funziona la nuova via di deflusso della bile, ed indicando i vantaggi ed i difetti del metodo. Egli si dimostra più favorevole all'applicazione della colecistotomia, rappresentando questo un intervento più semplice, meno grave per il paziente e più difficilmente seguito da infezioni secondarie.

TRENTI.

KUTTNER. *Ueber abdominale Schmerzanfälle.* Editore Marhold, Halle a. S. Prezzo M. 3.20.

Pregevole monografia nella quale sono chiaramente descritti gli accessi dolorosi localizzati all'addome. Con molta precisione l'A. descrive i caratteri del dolore in ciascun'affezione, per modo che tali caratteri possono costituire più che un indizio una guida sicura per la diagnosi corretta di sede e natura della lesione.

DR.

SORREL e DELAHAYE. *Tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.* Vol. in-6° di pag. 160. Ed. Maloine, Parigi. (Collezione Cantonnet).

Ricco di figure, conciso, è stato redatto dal chirurgo di Berck che vi ha profuso gli insegnamenti ricavati dalla sua grande pratica in quell'ospedale. Premesse poche parole sulla diagnosi, passa alla indicazione terapeutica che pone con grande chiarezza. La cura della tubercolosi ossea è una delle più difficili, come quella che richiede la maggior pazienza dal medico e dall'ammalato, e che spinge a ricercare dei mezzi per fare presto quando sono proprio questi che faranno protrarre la guarigione. L'A. insiste appunto, in particolar modo, sulla necessità di applicare una cura adatta sia nelle differenti localizzazioni che nei singoli periodi della malattia. E precisa con grande chiarezza quello che non si deve fare: p. es. l'applicazione del corsetto gessato nella spondilite in atto; l'iniezione delle cosidette sostanze modificatrici negli ascessi freddi chiusi in evoluzione; cose che si sanno ma che si vedono ancora praticate.

La cura della tubercolosi articolare è praticata quasi sempre dal medico non specialista ed è per questo da augurarsi che questo libro trovi il suo posto al tavolo del medico vicino al suo formulario.

VALDONI.

B. HEINE. *Untersuchungen über Knochen-Regeneration.* J. Springer, Berlino, 1926, p. 224.

È un'opera postuma pubblicata sotto la direzione di Bier, e con la collaborazione delle cliniche chirurgiche di Berlino e Wurzburg, a spese della Società tedesca di Chirurgia che con essa festeggia il 50° anno della sua fondazione.

Heine visse dal 1800 al 1846. Appartenente a una famiglia di cultori dell'ortopedia fu ortopedico egli stesso e costruì il primo osteotomo, il che gli procurò gloria e onori. Esisteva nell'Università di Wurzburg una sua raccolta di pezzi anatomici illustranti uno studio sulla rigenerazione delle ossa mentre erano andati perduti i suoi scritti. Bier, avendo avuto conoscenza di un premio vinto da Heine nel 1836 all'Accademia delle Scienze di Parigi, fece praticare delle ricerche in quell'archivio e riuscì a scoprirne i lavori. Questi sono l'oggetto della pubblicazione, preceduti da una rievocazione storica del tempo e dalla analisi dei preparati fatta con mezzi moderni.

Nella prefazione, Bier rivendica alla scienza tedesca i primi lavori sperimentali sull'osteogenesi additando Heine come precursore e anticipatore di Ollier e della scuola francese dell'epoca; Heine, per il primo, avrebbe dimostrata l'importanza del periostio nel processo di guarigione delle fratture e il potere dell'organismo nel rigenerare l'osso, a lui, non a Ollier, spetterebbe il merito della dottrina delle resezioni.

Hanno collaborato all'illustrazione dell'opera di Heine e alla rivendicazione nazionale tedesca anatomici e chirurgi delle scuole di Berlino e Wurzburg; cioè Vogeler, Martin, Redenz, Walter.

VALDONI.

A. BUCHHOLTZ. *E. von Bergmann.* 4ª ediz., p. 642 con due ritratti. Vogel, Lipsia, 1926. M. oro 24 144 lire circa).

Coi tipi di Vogel è apparsa nella 4ª edizione una bella biografia su E. von Bergmann. Nessun migliore monumento poteva essere eretto in onore del grande chirurgo e del magnanimo uomo, di cui tanta memoria si conserva nella sua patria e fuori. La lettura dell'opera riesce attraente perchè spesso vi sono riportati aneddoti interessanti ed anche perchè vi è tratteggiata la figura del medico sopratutto considerata dal punto di vista etico. Numerosi importanti personaggi, imperatori e re, furono veduti da v. Bergmann e il racconto di quelle specialissime cure, circonfuse di tenue mistero e di curiosità, rendono anche più gustoso il contenuto della biografia.

E. M.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

V Congresso per la protezione della Maternità e dell'Infanzia.

Martedì 25 maggio, alla presenza di S. E. Federzoni, del generale Giardino, di M. Rollet, Pfeiffer, Maquet, Rasmy, Josè Belleza dos Santos, Challant, di M.lles De Gouttes, Gros, Colin, Netefan, del dott. Pundel, del dott. Delille; dei Proff. Rott e Jundell e di infinite personalità italiane e straniere appartenenti a due innocenti internazionali: quella della scienza e quella della filantropia, ha luogo, nella grande sala di Palazzo Doria, la seduta inaugurale del *V Congresso per la protezione della maternità e dell'infanzia.*

Il congresso — come fa giustamente osservare il Presidente dell'Associazione, M. ROLLET, nel suo discorso inaugurale — sarebbe veramente un *congresso interno*, anzi la *sessione annuale* con cui l'associazione madre, sorta a Bruxelles, or son pochi anni, si mette a contatto, per uno scambio di idee, con le sezioni figlie che essa, dotata fin dal suo sorgere di una possente forza d'espansione, rapidamente partorì.

Così sorsero, infatti, quelle sezioni *francese, italiana, svizzera, svedese* ed *americana* che diedero un vasto carattere internazionale all'associazione stessa, anche prima che la Commissione sanitaria, creata presso la Società delle Nazioni, constatando la perfetta identità degli scopi, l'avocasse simpaticamente a sè.

Questa breve storia rievoca concisamente M. Rollet, dopo essersi rallegrato che la sede romana dell'ultimo congresso gli permetta di riprender contatto con gli uomini di stato italiani con cui già in passato ebbe a collaborare. E a questo punto rammenta l'opera del barone Paolucci di Calboli in pro dei piccoli emigrati italiani, impiegati nell'industria del vetro, e quella del signor Pola Falletti di Villa Falletti.

E si augura che « *come la lupa simbolica perdette la sua ferocia dinanzi all'innocenza delle due infanzie eroiche, così l'umanità, spesso crudele, saprà spogliare la propria istintiva ferocia dinanzi all'infanzia che soffre e chiede di essere soccorsa* ».

Gli applausi che coronano il bel discorso di M. Rollet si confondono, a questo punto, con quelli con cui il congresso saluta S. E. Federzoni, e che rappresentano assai più che l'omaggio di prammatica degli ospitati verso l'ospite.

I convenuti di tutto il mondo salutano giustamente l'autore della legge 10 dicembre 1925; il primo uomo di stato italiano che abbia saputo circondare l'infanzia di tanto vigile e previdente amore.

A nome del governo italiano l'on. FEDERZONI *porge il saluto agli ospiti, trasmette l'incondizionata adesione dell'Italia ad ogni movimento in pro dell'infanzia, spiega l'importanza della nostra legge che protegge i cittadini di domani, approva la proficua collaborazione di tutti gli Stati in quest'opera di tutela delle venture generazioni.*

Parla, infine, il sen. GIARDINO, Presidente dell'Unione italiana di assistenza all'infanzia, rilevando il significato morale altissimo che assume il congresso dalla presenza del Ministro dell'Interno, e dimostrando l'assoluta necessità di disciplinare l'opera volonterosa, ma frammentaria e disgregata delle istituzioni libere in pro dell'infanzia in un'unica direttiva, fine in cui l'Unione italiana auspicò — in qualche modo — all'azione del governo.

A questo punto, accettata la proposta di M. Rollet di dividere il congresso in due sezioni — la *igienica* e la *giuridica* — che procedano indipendenti nel loro lavoro, non riunendosi che per la trattazione di argomenti d'interesse generale, si procede alla nomina di due *presidenti generali* del congresso nelle persone del gen. GIARDINO e di M. ROLLET; di tre *vice-presidenti* nelle persone di AUGUSTO D'OLIVEIRA, rappresentante del Portogallo, del consigliere GAETANO, segretario generale dell'Unione italiana d'assistenza all'infanzia, e del prof. FRANCESCO VALAGUSSA, e infine di tre *segretari generali*: M. MAQUET, la contessa NORA BALZANI e il dott. BIAGIO JANNICELLI. Vengono poi eletti, rispettivamente, a *presidenti, vice-presidenti* e *segretari*, per la sezione giuridica, il Prof. UGO CONTI, il Prof. JOSÈ MELEGA DOS SANTOS, i Dottori FALLETTI DI VILLAFALLETTO e le Sig.ne FANNY DALMAZZO e CARMEN ISERN Y GALERIAN; per la sezione igienica il Prof. ROCCA JEMMA, il Dott. DELILLES, la delegata della Finlandia e il Dott. PONTHIÈRE di Bruxelles.

Dopo di che viene tolta la seduta, e rimandato al giorno dopo l'inizio dei lavori.

Questi incominciano mercoledì 26, alle ore 9, nelle due sezioni divise.

L'*igienica*, presieduta dal prof. Rocco JEMMA, ascolta con interesse una relazione del prof. ROSEO sulle *condizioni dei bambini nelle colonie.*

Il ROSEO caldeggia strenuamente il concetto di favorire l'immigrazione nelle colonie soprattutto dei *bambini illegittimi*, per favorirne l'acclimatamento precoce e ridurne l'alta percentuale di mortalità.

I Proff. BORREMANS, POINTHIÈRE di Bruxelles, DELILLES di Parigi ed ETTORE LEVI approvano, in massima, la proposta, a cui si oppongono il Dott. DEL PIANO di Rimini e il Prof. MODIGLIANI di Roma, a cui, per personali esperienze, consta *quale riduzione si possa ottenere nella mortalità degli illegittimi dando alle madri i mezzi per poter riconoscere ed allevare il proprio bambino.*

Segue la relazione del prof. Rocco JEMMA sulla *profilassi familiare della tubercolosi* che egli non crede di poter ottenere, su larga scala, se non appoggiandosi alla ancor discussa vaccinazione antitubercolare. Egli ricorda, in questo campo, l'opera del prof. Maragliano.

Sullo stesso tema parla il prof. DELILLES di Parigi, che, a sua volta, vanta i risultati della vaccinazione Calmette e che muove una grave critica, accettata e ribadita da ETTORE LEVI, alla grandiosa opera del GRANCHER. I due oratori sono d'accordo nel rilevare l'inutilità sociale di una, per quanto estesa, parziale opera di risanamento, e ve-

dono nell'avvenire moltiplicarsi le difficoltà di trovare famiglie moralmente e fisicamente sane in cui internare i figli dei tubercolosi.

In massima l'assemblea è favorevole alla *profilassi immunitaria*, e dopo molti *considerando*, vota un ordine del giorno in cui « *si augura che sieno intensificati i tentativi di una pratica applicazione di profilassi immunitaria mediante la vaccinazione antitubercolare* ». E forse nella parola *tentativi* si è trovato il modo di esattamente inquadrare la questione.

Nel pomeriggio la discussione si porta sul *rachitismo*, sulla cui profilassi parla il Prof. CARONIA augurando un generico miglioramento nelle condizioni igieniche e dietetiche del bambino e preconizzando la creazione di *ambulatorî specializzati*.

I Proff. ARMAND DELILLES di Parigi, MORINGER di Strasburgo, JUNDELL di Stoccolma vedono a volta a volta la salvezza sia nei raggi ultravioletti, sia nell'azione generale del sole, sia nell'olio di fegato di merluzzo.

Sono però tutti d'accordo nel credere che « *l'applicazione delle norme igieniche generali riguardanti il vestiario, la pulizia del corpo, la posizione del corpo stesso, e i movimenti uniti all'aereazione e all'irradiazione solare nonchè all'allattamento materno, rappresentano la più sicura profilassi contro il rachitismo* ».

Sotto la presidenza del prof. UGO CONTI inizia contemporaneamente il lavoro la sezione *giuridica* sulle *professioni pericolose per la moralità dei fanciulli*.

Sono relatori il prof. OLIVEIRA dell'Università di Coimbra e il comm. PESCE MAINERI di Genova.

Partecipano alla discussione i signori MAQUET, segretario dell'Associazione internaz. per la protez. dell'infanzia, il magistrato sardo GIULLOT, M. PFEIFFER, la Sig.na PONZIO-VAGLIA, il Prof. ETTORE LEVI, l'Ing. RAMPOLDI, il Prof. CABRINI e le Sig.ne GROS e COLIN; quest'ultima rappresentante della Società delle Nazioni.

È, infine, approvato all'unanimità un ordine del giorno con cui non solo « *si propone di proibire ai minorenni ogni professione immorale o dannosa allo sviluppo morale, fisico, intellettuale, ma anche di affidare prevalentemente a donne la sorveglianza nei casi in cui professioni in sè non immorali possono occasionalmente diventare tali* ».

Si stabilisce, inoltre, di *proseguire l'inchiesta iniziata in argomento dell'A. I. P. E. e di comunicare i risultati al Segretariato generale, pel futuro Congresso*.

Nella terza giornata del Congresso la sezione *igienica*, su proposta del Prof. LANFRANCO MAROI di Roma, non può non deplorare che la diversità dei metodi usati nella compilazione delle statistiche di mortalità infantile rendano quasi impossibili i raffronti di cifre, fra stato e stato.

I Proff. DELILLES e MODIGLIANI non possono non associarsi nell'augurare una maggior unità di indirizzi. Dopo di che l'assemblea passa a discutere un argomento molto interessante: *un raffronto tra gli asili nido e i centri di allevamento*, sia dal punto di vista finanziario, che da quello dei risultati ottenuti.

Il Prof. DELILLES afferma che i centri di allevamento hanno ridotto in Francia la mortalità dell'11 ½ al 3 ½ %.

Interloquiscono i Dottori BORREMANS, DEL PIANO e MODIGLIANI, esponendo — quest'ultimo — i vantaggi delle *crèches* annesse a stabilimenti industriali. Viene votato un ordine del giorno in cui, pur riconoscendo certe speciali indicazioni per la creazione di *asili nido*, si dà in genere la preferenza al *centro di allevamento sorvegliato, in tutti i casi in cui il poppante è privato della madre*.

Contemporaneamente, nella sezione *giuridica*, seduta movimentata! Sotto la presidenza del Prof. BELLEZA, e in base alla relazione del Comm. GAETANO sull'opportunità di *una pensione alimentare alla madre illegittima da parte dell'uomo coabitante nel tempo del concepimento*, si accende una discussione a cui partecipano la Dott.ssa DALMAZZO, il Comm. POLA di Villafalletto; la Sig.ra MODIGLIANI, la Sig.na PONZIO VAGLIA, e il Dott. GUARNIERI VENTIMIGLIA, prospettanto — gli uni — i pericoli di una troppo larga ricerca della paternità, per l'abbassamento del livello morale del paese, illustrando — altri — opere varie in pro delle madri e della prole illegittima.

Ma nel pomeriggio, *sezione igienica* e *sezione giuridica* si riuniscono, per solennizzare un avvenimento che renderà illustre il ricordo del V Congresso nella storia italiana dell'assistenza all'infanzia.

Il Prof. FRANCESCO VALAGUSSA, *a nome, e per incarico* del governo italiano, illustra la legge voluta da S. E. Federzoni, e compilata da collaboratori che, interpretandone mirabilmente il pensiero, hanno dato tutta la loro opera per la redenzione dell'infanzia italiana. Di tale legge solo FRANCESCO VALAGUSSA poteva e doveva logicamente essere l'illustratore.

« Il barone Paolucci de Calboli — incomincia l'oratore — già nell'ultimo congresso « *per il benessere del fanciullo* » fu incaricato di portare il fermo impegno del governo italiano ad una vasta legge di protezione dell'infanzia. Col decreto 2277 in data 10 dicembre 1925 e il decreto 718 del 15 aprile 1926, il governo italiano mantiene magnificamente i suoi impegni ».

E a questo punto l'oratore passa ad illustrare la portata della legge ch'egli ha saputo chiaramente schematizzare in un nitido grafico.

Legge veramente comprensiva, veramente materna, che protegge il fanciullo dal momento del concepimento ai 18 anni, in tutte le contingenze e contro tutte le cause patogene che ne minacciano la vita fisica o morale.

All'opera nazionale, *centro* che coordina tutte le attività già esistenti, che suscita, dove mancano, istituzioni nuove, che controlla ed aiuta le più meritevoli e che, con una vasta opera di propaganda, tien desto nel paese il senso di questa necessità impellente che è la tutela dell'infanzia, fa riscontro l'opera di segnalazione dei *Comitati di patronato*, che rendono possibile una registrazione statistica e quell'*assistenza pratica* sia volta alle madri gestanti o lattanti, sia ai bimbi nei primi anni di vita, sia ai minori anormali o predisposti o malati, o colpiti da quella terribile

malattia che è l'abbandono fisico e morale da parte dei genitori, che rappresenta il fine ultimo per cui l'opera fu creata.

Il danaro stanziato, per ora, non è molto! 14 milioni all'anno all'incirca non permettono che di *iniziare* la realizzazione del vastissimo compito! Ma l'applicazione della legge deve essere graduale, ma il paese deve aiutare con tutte le sue forze; e tra i compiti immediati vi è quella *propaganda* che deve diffondere in tutta la Nazione la coscienza del dovere dell'Italia d'oggi verso l'Italia di domani. E il paese non potrà non rispondere ».

Finita la relazione del prof. VALAGUSSA, M. ROLLET porge le più cordiali congratulazioni sia a nome della Società per la protezione maternità ed infanzia, sia a nome del Belgio, che ha preceduto l'Italia in questa benefica via, ma che non ha mai prospettato nè realizzato programma più vasto.

E le due sezioni si ridividono.

E mentre la *giuridica* ascolta la relazione della Sig.ra DALMAZZO, *sui tribunali per minorenni in rapporto alla tutela dei fanciulli abbandonati*, e sottoscrive alla proposta di *invitare tutti i paesi del mondo ad omogeneizzare le proprie leggi di protezione dell'infanzia, affidandone l'applicazione ad una magistratura di carattere tutelare e paterno;* la *sezione igienica* accetta l'invito dell'Istituto Case Popolari per una rapida escursione alle principali opere da esso dedicate all'infanzia, e ammira le *Case dei bambini* dove durante il lavoro materno trovano ricovero, vitto, e sana educazione (metodo MONTESANO) i figli degli inquilini dell'istituto in età prescolastica (3-6 anni), gli ambulatori e consultori per bambini, gli stabilimenti bagni, infine i *piccoli campi di giuochi infantili* destinati ai fanciulli di ciascun quartiere. Peccato che non si sieno concretati ancora dei veri *campi sportistici* per adulti! Ma *hoc est in votis*.

Nella seduta antimeridiana di venerdì 28, presieduta da S. E. GIARDINO, le due sezioni riunite, ascoltano con naturale interesse GIUSEPPE LOMBARDO RADICE, il benemerito ispiratore della più organica parte della riforma Gentile, il quale si chiede — e chiede all'assemblea — se e quando si creda di dover creare *classi di selezione* per i meglio dotati. L'oratore dichiara subito di preferire, alla creazione di nuove scuole, il miglioramento di quelle già esistenti. Di parere diverso è, invece, il Dott. ALBERTO CHALLAND, che vorrebbe dividere gli ottimi dai mediocri. DE SANCTIS accetta, invece, l'opinione di LOMBARDO RADICE.

E segue la relazione DE SANCTIS sulla *educabilità degli anormali*.

L'O. si riferisce qui alla sua classificazione degli anormali in *mentali, affettivi, misti e sensoriali*, ben nota ad ogni studioso di psico-patologia, e recentemente sanzionata nel programma di legislazione sugli anormali.

E qui il DE SANCTIS ricorda di essere stato il promotore dell'assistenza medica scolastica a Roma. E chiude dichiarandosi favorevole al *dépistage* precoce dei ritardatari e deboli di mente, purchè esso venga fatto da medici psicologi *specialisti*.

La seduta pomeridiana, presieduta dal Signor PFEIFFER e dal Sig. NOLLET, si occupa della relazione POVEGLIANO-LORENZETTO sull'opportunità di *meglio adattare le leggi scolastiche ai mezzi intellettuali del bambino*. I Signori MAQUET e PFEIFFER, nonchè la Signora MONTESANO interloquiscono in argomento. Segue la relazione FARACE sulla *trasformazione delle opere nate in occasione della guerra, in opere permanenti per la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia*.

Nel pomeriggio i congressisti si riversano tutti al Palazzo Belle Arti di Via Milano, per visitarne la Mostra di istituzione per l'infanzia a cui deve partecipare anche S. E. Federzoni.

Speciale interesse hanno in questa mostra i grafici della Direzione di Sanità, le istituzioni dell'Associazione italiana per gli interessi del Mezzogiorno, dell'Opera Nazionale per gli orfani anormali, l'Opera Don Guanella, e tra le istituzioni estere la « Pro Iuventute » di Zurigo. Figura assai bene la Croce Rossa Italiana sia col preventorio Maraini, sia cogli ambulatorî e dispensarî infantili di Livorno, Pavia, Genova, Terni, ecc. ecc. È, inoltre, notevole lo sviluppo assunto dalle colonie temporanee che nel 1925 raccolsero ben 7600 bambini, e dalle *permanenti* che attualmente raggiunsero i 600 posti.

Molte città sono rappresentate con alcune delle loro migliori istituzioni, e tra esse Milano, coll'Orfanotrofio femminile, l'Istituto Maternità e Fanciullezza, la Colonia Dandolo, il Consorzio provinciale di assistenza climatica; Venezia, cogli Istituti della Congregazione di Carità; Roma, col Rifugio Maietti, mirabile, e degno veramente di essere aiutato, coll'Assistenza Materna ed altre istituzioni che vedremo magnificamente eternate nella film della Cineteca Governatoriale.

È, questa, proiettata domenica 30 maggio alla Sala Minerva, (il sabato è consacrato alle esecuzioni e all'interessante visita al Riformatorio di Tivoli).

Se il Grand'Uff. Mancini avesse quattrini sufficienti (la volontà — è debito il riconoscerlo! — non gli difetta), se il Grand'Uff. Mancini avesse fondi sufficienti per generalizzare le assistenze all'infanzia di cui vediamo proiettati sullo schermo i bei saggi, si potrebbe riconoscere al Governatorato il merito di aver preceduto la Nazione sulla via delle riforme in pro dell'infanzia. Roma è infatti ricchissima di belle opere di assistenza, che vanno dal soccorso alla gestante e alla madre che allatta, al fanciullo sano o malato nei primi anni di vita, fino all'assistenza scolastica più svariate, alle scuole per deficienti, ciechi, muti, alle classi ortopediche, ai preventori antitubercolari, alle colonie marine temporanee o permanenti.

Peccato, ripetiamo, che parecchie di queste mirabili opere non rappresentino per ora che un *campionario benefico!* Che non ci appare, del resto, superfluo, se si rifletta che da esso può esser venuta l'ispirazione alla magnifica legge che Federzoni ci ha dato, e che BLANC e VALAGUSSA trasformeranno in una benefica realtà.

Dott.ª E. FAMBRI.

Accademia di Scienze Mediche Naturali di Ferrara

Seduta del 25 febbraio 1926.
Presidenza: PADOVANI.

Contributo alla conoscenza dei tumori delle guaine tendinee.

E VIGEVANI. — L'O. descrive un caso di neoplasia delle fascie del collo (sarcoma a mieloplassi) e ne illustra l'istologia, l'andamento clinico e la cura chirurgica.

E. CASATI. — *Del raschiamento uterino.* — Enumera i pericoli e parla delle indicazioni e contro-indicazioni del raschiamento uterino.

E. CASATI. — *Di un raro caso di traumatismo della cornea.* — Presenta il caso clinico, nel quale la lesione consiste in ustione superficiale della cornea, prodotta dal calore sviluppato da ripetute fiammate consecutive uscenti dal cane di un fucile durante una partita di caccia del giorno prima.

L'acustica del pneumotorace (con un parallelo tra il pneumotorace e il versamento pleurico riguardo al determinismo fisico della rispettiva sindrome ascoltatoria).

C. MINERBI, S. MONGINI e E. BENASSI. — Su quasi una cinquantina di pneumotoraci completi gli OO. hanno riscontrato soltanto in 15 casi il fenomeno di Trousseau (« bruit d'airain ») veramente spiccato e squisitamente musicale.

In quasi tutti i 15 casi si potè verificare nel « bruit d'airain » l'esistenza — oltrecchè di un tono assai basso appartenente alla grande ottava (da 65 a 121 vibr. al secondo = notazione tedesca) — anche di un tono più acuto: il più spesso formante col primo tono l'intervallo musicale di terza maggiore.

La nota più bassa si ode ascoltando sotto la clavicola e percuotendo in corrispondenza del seno complementare frenico-costale sulla linea ascellare o viceversa. La nota più acuta si ode ascoltando un punto dello spazio interscapolo vertebrale, e *percuotendo* in corrispondenza del seno pleuro-pericardico-frenico anteriore, o viceversa. È evidente che la nota più grave è determinata dalla vibrazione longitudinale della colonna aerea pneumotoracica e che la nota più acuta è data dalla vibrazione trasversale della colonna aerea: inoltre che il focolaio d'ascoltazione e quello di percussione corrispondono ai « poli acustici » e propriamente alle superfici della colonna aerea vibrante. Infatti l'intervallo di terza maggiore corrisponde appunto al rapporto numerico tra la dimensione longitudinale e quella trasversale dell'emitorace.

La nota longitudinale e il più spesso il Sol della grande ottava (123 vibr. dop.); nei casi di scapola alata l'intervallo musicale suole essere assai più ampio — persino di nona.

Le osservazioni sono state eseguite da sperimentatori dotati da squisito orecchio musicale, utilizzando parecchie serie di diapason, un pianoforte ed inoltre la serie di risuonatori cilindrici di Scalfer (dal La della grande ottava al Do^3, della terza ottava).

Praticando con insistenza l'urto dei due soldi, o del manico del martellino sul plessimetro, si avverte l'abbassarsi manifesto della nota longitudinale della colonna aerea, e l'elevarsi della nota nell'expirium.

Nel pneumotorace *completo e teso* si ode quasi costantemente il *soffio anforico*. Esso non può essere se non un fenomeno di consonanza come gli altri fenomeni acustici forniti dal pneumotorace completo e teso. Infatti tutti i fenomeni spontanei e provocati atti a suscitare il tono proprio del pneumotorace e i suoi ipertoni (rammentiamo qui l'urto del manico del martellino sul plessimetro persino su una tavoletta di gomma elastica da cancellare, il soffio tubario — cavernoso — i rantoli, i colpi di tosse, il suono di goccia cadente ed anche il rumore di succussione Ippocratica) suscitano nel cavo pneumotoracico lo stesso tono come quello fornito dall'urto delle due monete. (Cesare Minerbi).

Il soffio anforico nel pneumotorace non può essere provocato per risonanza se non dal soffio bronchiale, per parte del bronco principale, del polmone consolidato per compressione. Siccome i toni parziali più bassi del soffio bronchiale appartengono alla prima ottava (Friedr. Muller e P. Martini), il soffio anforico deve necessariamente consistere in un ipertono di uno dei due toni (il longitudinale ed il trasversale) della colonna aerea pneumotoracica suscitato per consonanza.

Ordinariamente è il tono longitudinale solo che fornisce consonanza al soffio bronchiale; ma si dànno anche casi nei quali il soffio è intonato alla stessa nota del tono trasversale.

In rari casi il tono suscitatore è fornito dal « soffio nasale » (Cesare Minerbi) condotto sino al bronco principale. Il soffio nasale ha ordinariamente un tono fondamentale più basso del soffio tracheale, e specialmente allorchè la conformazione del naso ha speciali caratteri.

In casi eccezionalissmi il soffio anforico può essere suscitato da una caverna superficiale (Mongini) in un pneumot. saccato a pareti assai tese. In alcuni casi di soffio anforico si riscontrano due soffi di due note diverse corrispondenti ai due diversi suoni di Trousseau longitudinale e trasversale, ed orientati secondo le medesime linee polari (o assi di vibrazione).

Confrontando il tono fondamentale del soffio tracheale con quello del soffio anforico pneumotoracico, ci accade sovente di poter rinforzare cospicuamente quest'ultimo col far estendere al massimo il capo del paziente (per conseguenza facendo allungare la trachea), se il soffio anforico aveva una nota fondamentale un po' più bassa di quella del soffio anforico, e in altri casi col far flettere il capo (e conseguentemente accorciare la trachea) se la fondamentale del soffio anforico era un po' più acuta di quella del soffio tracheale.

Nella indagine del soffio anforico — e in genere di tutti i fenomeni acustici caratteristici del pneumotorace — occorre vietare al paziente di fare ispirazioni profonde; perchè queste aumentano la

aereazione polmonare e con ciò indeboliscono il soffio bronchiale e diminuiscono la sodezza della parete pneumotoracica, là dove è costituita dal polmone.

Il bismuto nella terapia oculare.

E. CASATI. — Dopo aver recensito la breve bibliografia intorno all'argomento essendo ancora poco usato il bismuto nella terapia delle forme luetiche dell'occhio, l'O. presenta 5 casi: 2 di iridociclite, 1 di neuro retinite bilaterale, 2 di cheratiti parenchimatose eredoluetiche — tutti casi con W positiva e rapidamente guariti — giunge alle seguenti conclusioni:

Il bismuto è specialmente efficace nei casi in cui la cura arseno-benzolica anche unita alla mercuriale, aveva dato risultati nulli o assai lenti.

Nelle forme parenchimatose i reliquati dopo la cura bismutica furono quasi nulli; durante la cura non si ebbero mai ad osservare inconvenienti gravi ma soltanto qualche lieve stomatite presto dominata: l'esame delle urine fu sempre negativo: le iniezioni sono bene tollerate anche se fatte a giorni alterni.

Il bismuto in tutte le affezioni luetiche dell'occhio acquisite o ereditarie, ha una grande efficacia esercitando una azione molto superiore alla terapia arseno-benzolica e mercuriale, non ha di queste le controindicazioni ed ha su queste la superiorità bene importante di una maggiore rapidità di azione.

La cura della distrofia muscolare progressiva.

G. BOSCHI. — L'O. comunica e presenta dei risultati assai interessanti su un complesso curativo da lui escogitato, ed attuato in collaborazione coi colleghi dott. Padovani, Tanfani e Karpati.

La cura si fonda su principî direttivi generali già annunciati dall'O., e pubblicati su la *Medicina Italiana* nel 1921. Tali principî mirano ad aggredire un male, di cui non si conosca l'essenza nè una cura specifica, mediante la cooperazione simultanea e convergente di mezzi svariati opportunamente scelti ed associati.

Contro le distrofie muscolari progressive, l'O., alla classica stimolazione galvano-faradica, che egli però modula con ondulazione della corrente, aggiunge la preparazione di una congrua irrorazione sanguigna ed ulteriore influsso trofico mediante applicazioni diatermiche fatte a tempo voluto con la frequenza voluta (stimolazioni galvano-faradiche quotidiane, diatermia in dì alterni). Associa chemioterapia arsenicale intensa seguendo qualità, dosi e modo di somministrazione come indicati da Sicard secondo la formola: « malattia cronica, cura cronica ».

Fra i risultati riferiti o presentati: un giovane ventenne, inetto a star ritto in piedi, divenne atto indi a un anno al lavoro di mietitura da mane a sera senza stancarsi: in una donna, una levatrice (tipo Leyden Möbius, già da lui stesso curata anni or sono coi metodi classici, potè egli stesso fare il confronto nello stesso soggetto circa l'efficacia assai maggiore del metodo nuovo: prima, la P. non aveva ottenuto quasi nessun vantaggio; mentre ora riuscì ad acquistare completezza e sicurezza in tanti atti un po' ardui, come il salire e lo scendere le scale, l'usar la bicicletta.

* * *

Associazione Medico-Chirurgica Nissena.

Seduta del 9 marzo 1926.
Presidenza: Dott. PIAZZA, Presidente.

Cisti mesenteriche.

Prof. PIAZZA GIUSEPPE. — L'O. espone la storia clinica di un caso da lui operato di cisti mesenterica; caso importante non solo per le difficoltà diagnostiche presentate, ma ancora per il suo impianto peduncolare profondo nel mesenterio. Dopo avere discusso ampiamente della tecnica operatoria usata nel caso in ispecie e delle differenze diagnostiche tra le varie malattie che potrebbero dare luogo ad errori di diagnosi, fa una brillante dissertazione delle cisti mesenteriche e delle loro varietà.

Un caso raro di assenza dello sterno in una neonata.

Dott. ANTONIO CAMMARATA. — L'O. presenta una bambina nata da circa un mese, sulla quale è evidente l'assenza completa dello sterno, osservandosi, attraverso il solco cutaneo, gli organi sottostanti (polmone e cuore) che fanno ernia, e in modo evidente quando piange. L'assenza dello sterno è stata controllata anche dalla radiografia. La bambina presenta inoltre una cicatrice che va dal punto ove sarebbe l'appendice ensiforme all'ombelico, la quale dimostra la evidente saldatura delle due lamine delle pareti ventrali (1).

Il Segretario: Dott. A. CAMMARATA.

(1) La causa di una tale anomalia potrebbe attribuirsi alla *lues*, essendo nella madre la R. W. positiva.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

SEMEIOTICA.

Il dolore nella fossa iliaca destra.

Secondo H. W. Carson (*The Lancet*, 13 febbraio 1926) il dolore localizzato nella fossa iliaca destra non deve senz'altro far pensare all'appendicite, specialmente in mancanza di un attacco appendicolare vero e proprio.

Una delle cause più comuni di tale dolore è rappresentata da distrazioni muscolari, che si verificano frequentemente nei giovani d'ambo i sessi che praticano esercizi sportivi.

Talora invece il dolore è causato da affezione delle vie urinarie, e per lo più da un calcolo incuneato nell'uretere. In tal caso l'esame coi raggi X può essere di utilità, sebbene non sia sempre agevole la diagnosi radiologica differenziale tra calcolosi uretrale e tubercolosi ghiandolare del mesenterio, la quale pure può generare una sindrome dolorosa. Nel dubbio sarà indicato un cateterismo esplorativo.

Se al dolore si accompagna una tumefazione manifesta bisognerà pensare ai tumori del colon, di natura tubercolare o cancerosa. Anche i tumori del colon di sinistra possono dare origine a dolore per distensione del cieco, diguisachè un dolore nella fossa ilaca destra, con un cieco disteso, in pazienti al disopra dei 50 anni, deve sempre far sospettare una stenosi nel colon sinistro.

Vi è poi una serie numerosa di casi in cui l'etiologia del dolore resta oscura. Si tratta in genere di donne tra i 20 e i 40 anni, con irregolarità nella costituzione scheletrica, le quali si lamentano di costipazione, flatulenza, anoressia, cefalea, nausea, esauribilità nervosa, e di dolore costante nella fossa iliaca destra, alleviato un poco dalla posizione adagiata. Obbiettivamente si trovano pareti addominali flaccide, reni ptosici, ceco palpabile, e ai raggi lo stomaco appare abbassato e lo svuotamento intestinale lento.

La causa del dolore sfugge per lo più in tali soggetti, nonostante le più minuziose ricerche, e le operazioni sull'appendice, sugli organi ptosici e sulle eventuali aderenze membranose tra mesenterio ed intestino non arrecano in genere nessun beneficio.

Bisogna infine prendere in considerazione l'appendicite cronica, la cui diagnosi è peraltro difficile. I segni clinici più fedeli di tale affezione sono rappresentati dalla cosidetta « dispepsia appendicolare »: il dolore è provocato dall'ingestione dei cibi, e non è mai mitigato dal decubito in letto; la nutrizione generale non è alterata, e non vi è anoressia nè costipazione; è invece costante la nausea, e al dolore alla fossa iliaca si unisce quello all'epigastrio e alla regione ombelicale. Anche se la diagnosi non è sicura sarà sempre bene procedere all'appendicectomia, praticandola attraverso ad una laparatomia ampia, che permetta di esplorare gli altri organi.

M. FABERI.

Il dolore addominale cronico nei bambini.

Fra le cause che possono dare il dolore addominale cronico nei bambini, K. U. Toverud (*British Jour. of Diseases of Children*, gennaio-marzo 1926) fa menzione particolarmente della costipazione cronica che un giorno o l'altro può dar luogo ad un quadro clinico tale da far sospettare qualche grave malattia. Oltre al malessere generale il segno più caratteristico di tale condizione consiste nel dolore addominale ricorrente. Questo stato di cose, in gran parte collima con le malattie descritte nei trattati di pediatria sotto i nomi di colite, di catarro gastrico cronico o di coliche intestinali.

Trattasi per lo più di bambini di 4-10 anni; i genitori richiedono il consiglio del medico perchè il bambino si lamenta di dolori allo stomaco che possono essere forti tanto da provocare il pianto; la crisi dura pochi minuti, dopo di che il bambino torna a giuocare come se nulla fosse stato. Il dolore può essere più costante e si ha spesso al mattino poco dopo che il bambino è alzato; non si ha mai dopo i pasti e non è mai accompagnato da nausea, o vomito, ma piuttosto da anoressia pronunciata. L'appetito è scarso tanto che la nutrizione viene fatta talora a forza e si danno degli alimenti concentrati che peggiorano le condizioni.

In alcuni si hanno alternative di costipazione e di diarrea, in altri predomina la diarrea (ciò che rende più difficile la diagnosi) o la costipazione ciò che mette sulla buona strada. Spesso le feci sono commiste a muco.

All'esame ci si trova in presenza di bambini pallidi e deboli, con peso al disotto del normale; esame negativo degli organi, ma atteggiamento difettoso. L'addome è trattabile, talvolta si sentono delle masse fecali dure lungo il colon, in altri si avverte un cordone duro rotondo nel quadrante inferiore sinistro in prossimità della cresta iliaca, dove si ha anche dolore alla pressione ed una certa resistenza dei muscoli addominali; manca la dolorabilità alla pressione in tutto il resto dell'addome; l'esplorazione rettale rivela la presenza di masse fecali dure.

All'esame delle urine si può trovare dell'acido diacetico e dell'urobilina.

Si può ottenere la cura di tale condizione mediante una dieta adatta, la così detta dieta da costipazione (molte frutta, vegetali, latte acido e pane integrale) ed un cambiamento nelle abitudini di vita dei bambini.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

L'adiposità ed altri fattori eziologici nel diabete.

J. M. Anders e H. L. Jameson (*Amer Journal of med. Sciences*, settembre 1925) hanno osservato a Philadelphia che la mortalità per diabete è aumentata da 3.53 % nel 1880 a 17.6 % nel 1924. La causa di tale aumento va particolarmente ricercata nell'aumento del consumo dello zucchero; si è veduto di fatto che l'aumento e la diminuzione nel consumo dello zucchero sono regolarmente seguiti entro pochi mesi da analoghe variazioni nella mortalità per diabete; specialmente istruttiva al riguardo è l'esperienza durante la guerra mondiale. Importante è poi l'aumento nel consumo degli alimenti che si è verificato nell'ultimo mezzo secolo e che ha oltrepassato di molto i bisogni dell'uomo.

In entrambi i sessi si è osservato un notevole aumento nella obesità, la quale è indiscutibilmente il fattore più preponderante per lo sviluppo del diabete.

fil.

Gli interventi chirurgici nei diabetici.

La questione dell'intervento chirurgico nei diabetici richiede una particolare considerazione e deve essere esaminata in cooperazione dal medico e dal chirurgo. Il diabetico ha, indubbiamente una minore resistenza contro il trauma e l'infezione; non si può prevedere per esso il decorso delle ferite; si sviluppano frequentemente sequele postoperatorie, come acidosi, coma, polmonite ed anche delle sequele post-operative, come trombosi, insufficienza cardiaca e grave astenia. Bisogna poi stare attenti a dosare sempre la glicemia, poichè vi sono casi con assenza di zucchero dalle urine, ma con elevata glicemia, che si risolvono in veri disastri.

Anche l'uso dell'insulina non fa scomparire il rischio operatorio sicchè non si devono intraprendere a cuor leggero degli interventi, quali l'ernia, l'asportazione di fibromi o di una prostata ipertrofica.

G. Seelig (*Amer. Journ. med. scienc.* e *Edinburgh med. Journ.*, maggio 1925) raccomanda di attenersi ai consigli seguenti.

Se l'operazione può essere differita per qualche giorno ed il paziente ha notevole glicosuria, chetonuria ed iperglicemia, lo si mette subito a dieta discretamente ridotta di carboidrati e proteine e molto ridotta per i grassi. Si incomincia subito con l'insulina, dandone una unità prima del primo pasto, due prima del secondo e così di seguito, fino a dare 5 unità, tre volte al giorno prima dei pasti. Si esamina l'urina due ore dopo ogni pasto e si diminuisce la dieta abolendo del tutto i grassi. Se lo zucchero scompare dall'urina, si cessa dal ridurre la dieta e si continua a dare la stessa quantità di insulina. Gradatamente poi si aumenta la dieta fino a raggiungere il fabbisogno di calorie, purchè l'urina rimanga senza zucchero e senza acetone. Se lo zucchero compare prima che si sia raggiunto il fabbisogno di calorie e non può venire eliminato con la riduzione dei carboidrati, si darà un'unità di insulina per ogni grammo e mezzo del glucosio totale delle urine. Se nell'urina ricompaiono solo i corpi cetonici, si ridurranno le proteine ed i grassi, lasciando immutati i carboidrati e l'insulina. Alla mattina dell'operazione, si danno al paziente 60 grammi di glucosio e tanta insulina da ossidare tale quantità (un'unità ogni grammo e mezzo).

Se l'operazione è urgente e non può essere dilazionata, si daranno i 60 grammi di glucosio e l'insulina come sopra; se è possibile, si vedrà di fare l'operazione sei ore più tardi, in modo da ripetere la somministrazione del glucosio e dell'insulina.

fil.

La tecnica dell'insulino-terapia.

Umber (*Med. Gesellschaft*, Berlino, 17 febbraio 1926) rileva che a torto vengono misconosciuti i grandi vantaggi della terapia insulinica e vengono invece esagerati i pericoli. Certamente non tutte le glicosurie sono trattabili con essa; anzitutto il 5 % delle glicosurie è extrainsulare e si presenta con contenuto normale di glucosio del sangue, a carattere non progressivo; in esse evidentemente il trattamento insulinico è inutile. Questo è controindicato solo nei casi di insufficienza surrenale, poichè il paziente si trova indifeso contro la reazione ipoglicemica.

L'indicazione assoluta dell'insulina si trova invece nel coma diabetico e nei casi gravi con acidosi e complicazioni. Invece tale terapia è discussa nei casi di diabete leggero; essa è però utile in quanto che diminuisce il carico dell'apparecchio insulare, eleva col lungo uso la tolleranza ed aiuta i metodi dietetici.

Nel primo giorno si dà, come controllo, la dieta normale; in seguito si fornisce una dieta con 20-25 calorie per kg. di cui 3/4 di grammo di albumina

per kg., fornendo in totale 500-1000 grammi in legumi ed il resto in grasso.

Se, con questa dieta lo zucchero dell'urina scompare in un giorno e quello del sangue è normale dopo 3 giorni, il trattamento insulinico è inutile; se, invece, permangono zucchero e chetonuria si danno insulina e carboidrati.

L'introduzione dell'insulina per via orale è inutile, per via perlinguale poco efficace.

Man mano che aumenta la tolleranza si diminuiscono le dosi di insulina e si aumenta il contenuto calorico della dieta ad un massimo di 30 calorie per kg. aumentando i carboidrati. L'acetone che si presenta talora in certi diabetici pur con l'aumento di tolleranza non ha alcuna importanza.

Nel coma si deve usare l'insulina non più tardi di sei ore dall'inizio; l'alcali terapia è allora superflua poichè essa agisce soltanto sui prodotti tossici acidi del ricambio; nell'acetonuria pura senza coma l'alcali-terapia è inutile.

In generale l'uso dell'insulina può essere fatto soltanto ad intervalli e solo nei casi più gravi è necessario continuarlo. È facile con essa evitare l'iperglicemia.

La ritenzione idrica si combatte con la dieta aclorurata e l'uso dei diuretici. La combinazione dell'insulina con l'autoemoterapia non offre alcun vantaggio; gli altri prodotti endocrini non rinforzano l'azione dell'insulina; è dubbio che ciò accada con la paratiroidina.

Si deve evitare l'uso di piccole dosi, ma è necessario un esatto dosamento.

fil.

Nuove indicazioni dell'insulina.

P. F. Richter (*Med. Klinik*, 1925, n. 39) mette in rilievo i benefici che si ottengono con l'insulina nel morbo di Flajani-Basedow. In un caso in cui si tentò questa cura, si vide scomparire l'eccitazione motoria, diminuire il tremore e l'esoftalmo e la tachicardia. La spiegazione di tali risultati si trova nell'azione reciproca esistente fra il pancreas e la tiroide. L'insulina veniva somministrata, da principio in ragione di 5 unità due volte al giorno ed in seguito 2 e 1/2 unità pure due volte al giorno.

L'insulina risulterebbe anche indicata nelle cure di ipernutrizione nei non diabetici e specialmente nei casi di astenia costituzionale, di arteriosclerosi genrale e di dimagramento senile, di tubercolosi latente e nei convalescenti di malattie infettive. La cura si pratica incominciando con 10 unità, somministrando dopo l'iniezione degli idrati di carbonio; nel giorno seguente si passa a 20-30 unità ed in seguito 40 unità (20 prima del pasto di mezzogiorno e 20 prima di quello della sera). Il pasto si fa mezz'ora dopo l'iniezione; alla sera, dopo 1-2 ore si dà ancora del cibo eventualmente con del tè zuccherato. Al più tardi dopo 3-4 giorni, nei casi adatti, si ha aumento dell'appetito e del peso del corpo; quando ciò non si verifica, si deve procedere con grande cautela ed anche sospendere il rimedio.

La dieta conterrà all'inizio un supplemento in idrati di carbonio, pari al doppio od al triplo del numero delle unità di insulina. In seguito ci si regolerà secondo l'appetito dell'individuo. Nella seconda settimana si arriva a 60 unità (in tre volte) ed una dieta fino a 61 calorie per kg. di peso. I pazienti richiedono generalmente pochi grassi e piuttosto degli albuminoidi; si danno circa 100 g. di albumina, 100-150 di grassi e 250-400 di carboidrati.

R. Bauer e Nyiri (Ibidem) sono arrivati a somministrare fino a 100 unità al giorno; in genere bastano 40-60; l'aumento del peso è stato in media di 2 kg. per settimana. La durata della cura di tre settimane circa, con eventuali riprese.

fil.

Emorragie in casi di coma trattati con l'insulina.

Ehrmann e Jacoby (*Klinische Wochenschrift*, n. 45, 1925) descrivono dieci casi di coma diabetico, trattati con l'insulina. Nove ebbero esito letale, malgrado la scomparsa dell'acidosi e dell'iperglicemia. All'autopsia si riscontrarono emorragie a carico di organi svariati (cervello, polmoni, tubo gastroenterico, reni). Si potè escludere che tali emorragie fossero in rapporto con malattie preesistenti.

M.

Uso terapeutico degli anidrozuccheri nel diabete.

W. Nonnenbruch (*Münchener med. Wochenschr.*, n. 43, 1925) rileva che riscaldando lo zucchero ed anche l'amido sotto pressione diminuita, queste sostanze in seguito a scissione di acqua passano ad una forma detta anidrozuccheri o glucosani. Riscaldando zucchero di canna a pressione comune, si ottengono dei prodotti conosciuti col nome di caramello; riscaldando invece lo zucchero sotto pressione diminuita si ottiene oltre alle sostanze contenute nel caramello, un'altra sostanza chiamata saccarosano. Questa sostanza è una polvere giallo-chiara, solubile in acqua nell'alcool metilico, e nell'alcool etilico caldo, insolubile nell'etere, nel cloroformio, nel benzolo. Esso riduce il Fehling, non fermenta, è destrogiro in soluzione acquosa. Ha sapore dolciastro e leggermente amaro. Il saccarosano, come tutti gli anidrozuccheri, viene perfettamente utilizzato sia

dall'organismo normale, sia da quello diabetico, aumentando il ricambio totale e il quoziente respiratorio ed inibendo l'acidosi. Esso non aumenta mai la glicosuria, nonostante aumenti la glicemia. Non è però aumentato nel sangue il glucosio fermentescibile. Avere trovato degli idrati di carbonio che l'organismo diabetico utilizza allo stesso modo che l'organismo normale, costituisce un notevole progresso nella cura del diabete. È così reso possibile di impedire il pericolo dell'acidosi e di somministrare un sufficiente numero di calorie ai diabetici; difatti 100 grammi di saccarosano danno 500 calorie.

Per somministrare il saccarosano (il più economico degli anidrozuccheri) è bene unirlo ai cibi in forma di gelatine, di creme, di biscotti.

POLL.

L'esercizio muscolare nei diabetici.

L. Hétzel (*British med. Journ.*, 17 gennaio 1926) insiste sui buoni risultati che si ottengono con un esercizio muscolare moderato nei diabetici che fanno la cura dell'insulina con un regime idrocarbonato. L'esercizio muscolare, coadiuvato dalla presenza dell'insulina nei tessuti, diminuisce la quantità di zucchero nel sangue, che scende a 0,07-0,10 %, ma non può diminuire di più. Scompaiono i corpi chetonici dall'urina con tale trattamento il quale non dà nessuna reazione ipoglicemica. Il regime idrocarbonato, poi, previene la formazione di acidosi.

fil.

Risultato terapeutico della radioterapia nel diabete mellito (un caso di cancro del collo in diabetica).

Masunoto Sehchiro (*Revue française de Gynecologie et d'Obstetrique*, 10 dicembre 1925) riporta il caso di una donna in cui un cancro del collo si associava a diabete mellito preesistente da tre anni. Poichè la p. rifiutava l'intervento operativo fu sottoposta a scucchiaiamento della massa neoplastica e cauterizzazione. In seguito iniziò applicazioni di radio elemento (50 mmgr. di bromuro di radio in tubo di argento di 3 mmgr. di spessore per 21 ore e 5 minuti) a diretto contatto con la massa neoplastica. Le applicazioni con intervallo di 3-5 giorni furono ripetute fino a raggiungere una dose massiva di 310 ore e quindi 1500 mmgr. di radio. Già dopo la seconda applicazione i sintomi subbiettivi di emicrania e di lassitudine cominciano a diminuire; lo zucchero nell'urina, che prima era molto abbonante non si riesce a rintracciare più sebbene l'esame sia ripetuto più volte con i diversi metodi; nè si rinviene più in seguito. I sintomi subbiettivi suaccennati scompaiono totalmente. Circa il meccanismo di azione dei raggi X sul diabete l'A. si rimette alla teoria di Holthusen e Risse, secondo i quali la decrescenza dello zucchero nel sangue trova la sua spiegazione nell'eccitamento della tonicità del nervo vago dopo l'irradiazione.

DE CANDIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Una nuova concezione etiologica del gozzo endemico.

Nell'etiologia, ancora oscura del gozzo si incolparono volta a volta, l'aria, la composizione del suolo, l'umidità, l'assenza di sole, di luce, la cattiva igiene. Oggi giorno si dà da tutti grande importanza all'acqua usata come bevanda, e si ritiene che essa sia dannosa sopra tutto per la scarsità dello iodio che si avrebbe nelle acque gozzigene, il che sarebbe provato, *ex juvantibus*, dai benefici della somministrazione dello iodio.

Ravina (*Presse Méd.*, n. 84, 31 ott. 1925), fa una interessante rivista degli studi di Mac Carrison che dopo accurate ricerche attribuisce al gozzo endemico una patogenesi infettiva enterogena.

M. Carrison vide nella vallata di Guilguit, ai confini dell'Himalaya ove esiste una grave endemia che i casi di gozzo si localizzavano in villaggi posti lungo dei corsi d'acqua che venivano inquinati con feci di gozzuti.

La percentuale dei malati aumentava in proporzione perfetta col grado di inquinamento delle acque; e come questo cresceva dalla sorgente alla foce. L'ingestione di quest'acqua produceva rapidamente il gozzo; l'acqua filtrata al Berkefeld perdeva le proprietà strumigene: il residuo del filtramento era capace di produrre il gozzo. L'acqua bollita anche perdeva questa capacità. L'esame culturale dimostrò che le acque erano inquinate sopra tutto per opera di germi della flora intestinale.

Dissetando animali con acqua inquinata con feci di gozzuti si ebbero risultati positivi: i topi bianchi contrassero il gozzo nel 100 per 100, le capre 9 su 20, i controlli rimasero tutti indenni. Risultati anche più completi si ottennero con ingestione di culture anaerobie di germi fecali. A conferma di questi dati la sola epurazione delle acque ridusse a metà i casi di gozzo del luogo. L'A. avrebbe ottenuto ottimi risultati anche con l'antisepsi intestinale: timolo, benzonaftolo, e recentemente perfino con uso di vaccini derivati dalla flora intestinale. L'importanza di queste ricerche sta tutta nella loro chiara semplicità e nel fatto che scientificamente sono condotte in modo non criticabile.

L. TONELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Il ferrocloro nella sterilizzazione delle acque. — Al dott. C. A. B., da Huénuco (Perù):

L'epurazione delle acque mediante il ferrocloro è stata proposta da Duyk da oltre una quindicina di anni e, secondo lo stesso autore, è stata adottata con successo da circa 30 città americane e del Canadà.

Con questo metodo si utilizzano l'azione fisica del precipitato di idrossido di ferro che trascina meccanicamente molte impurezze e quella battericida del cloro. Secondo le diverse formule si usa il cloruro di calce con il percloruro di ferro, soli od associati con il solfato di alluminio.

Una delle formule che sembra rispondano meglio allo scopo è la seguente. Cloruro di calce (od ipoclorito di sodio) e percloruro di ferro, ana grammi 20 per ogni metro cubo di acqua da trattare L'acqua va poi sottoposta a filtrazione.

FILIPPINI.

Medici di bordo. — Al dott. A. d. L., di S. P. d. C.:

Il Decreto degli esami banditi per l'attuale sessione stabiliva come termine per la presentazione dei documenti il 1° giugno. Ella non è quindi più in tempo per quest'anno e dovrà attendere di partecipare agli esami della sessione ventura.

RIBOLLA

All'abb. n. 3049:

Non è possibile consigliare un trattato completo in tutte quelle parti che Ella desidera: tuttavia il Guilleminot (*Electrologie et Radiologie*, Masson ed., fr. 40) può fare al caso suo.

Integri la parte radiologica col trattato italiano di Radiologia (Taddei, Ferrara) e con la parte radiologica del Busi nel trattato di Chirurgia del Taddei (Soc. ed. Torinese); la parte di diatermia col trattato di Kowarschik (tradotto in italiano dal Vitale e Chiozzi, Città di Castello); il K. è autore di un trattato moderno e completo (in tedesco) di Elettroterapia (Springer ed., Berlino).

MILANI.

Al dott. L. F. da C.:

Un manuale che risponde allo scopo della preparazione per gli esami da Ufficiale Sanitario è il « Prontuario dell'Igienista » di A. Filippini. L. Pozzi ed. Roma.

Per quanto riguarda i Corsi di Ostetricia e Ginecologia, se ne dà sempre preventivo avviso sul nostro giornale.

R. B.

VARIA.

Mancinismo e destrismo e prevalenza d'un emisfero cerebrale.

Su questo argomento la *Deutsche Medizinische Wochenschrift* pubblica un interessante articolo di Albrecht Bethe. Fin dai tempi di Broca, egli osserva, è noto che le lesioni del cervello sinistro provocano disturbi non solo del linguaggio, ma anche in altri campi, ad es. i così detti disturbi aprassici negli individui destrimani, che costituiscono la stragrande maggioranza dell'umanità. D'altra parte i numerosi casi nei quali la lesione della terza circonvoluzione frontale sinistra non provoca nei mancini afasia motoria, che negli individui stessi è invece provocata da lesione dello stesso punto al lato destro, dimostrano che la relazione tra la prevalenza di un lato del corpo e la più evoluta funzionalità del cervello del lato opposto è un fenomeno indiscutibile.

La maggioranza degli autori che si sono occupati dell'argomento ammettono con sicurezza trattarsi di un fenomeno innato, e che il mancinismo è l'espressione di uno stato anormale patologico ereditario o prodottosi nella vita intrauterina. Il destrismo è il fatto generale, normale, mentre il mancinismo costituisce l'eccezione anomala. Lombroso considera il mancinismo un segno d'inferiorità, perchè esso si riscontra con grande frequenza, più che negli individui normali, negli epilettici, nei deficienti, nei balbuzienti, nei ciechi nati, nei criminali. A questa teoria fu fatta l'obbiezione che i calcoli sui quali è basata non sono precisi in quanto furono classificati tra i mancini, individui che lo diventarono in secondo tempo dopo un'affezione del cervello sinistro che minorò il lato destro del corpo.

Il Bethe pertanto ha creduto opportuno di procedere ad una più esatta statistica intesa a precisare il numero dei destrimani e dei mancini fin dalla nascita, allo scopo di accertare anche se in ogni uomo è presente una determinata tendenza fin dal principio della vita.

Una statistica iniziata e ancora poco avanzata su piccoli bambini dimostrerebbe che il numero dei disposti originariamente al destrismo è esiguo e che invece prevale il numero dei predisposti al mancinismo. La grande maggioranza dei bambini è affatto indifferente e tende in egual misura ad adoperare il lato sinistro o il lato destro. Solo all'età di 2 anni comincerebbe a delinearsi il contegno del bambino tendente ad adoperare prevalentemente la mano destra. All'età di 2-4 anni si avrebbe il 40.5 % di mancini, il 38.1 % di destrimani, il 21.4 % d'indifferenti; all'età di

4-6 anni si avrebbe il 18.9 % di mancini, il 75.4 % di destrimani, il 5.7 % d'indifferenti.

L'uomo adunque inizialmente adopera indifferentemente le due mani e solo più tardi ha luogo la specializzazione o la prevalenza della capacità motoria di una delle due mani. Questa prevalenza può verificarsi indifferentemente a destra o a sinistra. Potenzialmente l'uomo può divenire mancino o destrimane. Il fatto che più comunemente l'uomo è destrimane si deve mettere in conto della consuetudine e dell'educazione. In effetti è stato provato che in seguito ad educazione i mancini possono diventare destrimani anche in età avanzata, e che destrimani amputati dell'arto superiore destro finiscono per adoperare la mano sinistra come una volta adoperavano la destra.

I disturbi del linguaggio e l'aprassia che si verificano in conseguenza di lesioni dell'emisfero sinistro dimostrano che in questa parte del cervello si trovano prevalentemente i centri di tali funzioni. Ma ciò non prova che questi centri siano preesistenti e determinino quindi il destrismo. Una tale coincidenza può invece spiegarsi col fatto che la supremazia dell'emisfero sinistro sia secondaria ossia successiva al destrismo e da questo determinata, nel senso che il maggiore e più complicato uso del lato destro abbia fatto sviluppare di preferenza i centri motori del cervello sinistro.

La ipotesi della perfettibilità ed educabilità dei centri nervosi non è nuova. Goltz sosteneva che il cervello al momento della nascita è come un campo incolto, sul quale più tardi si sviluppano le varie funzioni, i cui centri si perfezionano più o meno bene secondo l'uso e l'educazione. Così zone apparentemente senza funzione possono assumerne di nuove in via di sostituzione o compenso. Molti fatti sperimentali e clinici tenderebbero a far pensare che fin dalla vita postembrionale si può verificare uno spostamento nella funzione dei centri. Su queste considerazioni si fondano coloro che sostengono la educazione anche del lato sinistro allo scopo di evitare i disturbi del linguaggio in caso di lesioni dei rispettivi centri tanto di sinistra che di destra. Ma è dubbio che ci sia una relazione tra sviluppo del centro del linguaggio e del centro della mano prevalentemente adoperata. Liepmann ricorda casi nei quali un'afasia sensoria regrediva senza che vi fosse alcun motivo che inducesse ad adoperare la mano sinistra più di quel che si facesse prima, e d'altra parte casi nei quali individui mancini per una precedente affezione della mano destra divennero afasici in seguito a focolaio emorragico dell'emisfero sinistro.

Si potrebbe comprendere che l'uso prevalente di una mano educhi meglio l'emisfero del lato opposto per tutte quelle azioni che in tutto o in parte sono eseguite da un lato solo; ma non si capisce come ciò possa avvenire per quel complesso di movimenti che in ogni loro parte sono bilaterali, come è il caso del linguaggio. Il centro della parola è situato così in alto che non si può ammettere un suo spostamento senza un contemporaneo sviamento di tutte le altre vie che lo mettono in relazione con i centri vicini e sottostanti. È verosimile pertanto che la posizione del centro del linguaggio in un determinato posto del cervello è innata, come è il caso di tutti gli altri centri di movimento che al pari di quello della parola è suscettibile di educazione.

D'altra parte solo in pochi individui il maggior uso e la superiorità di un arto di fronte all'altro è tale da potere determinare la prevalenza di un emisfero cerebrale sull'altro. La maggior parte delle occupazioni richiedono l'azione combinata di ambo gli arti superiori, ed anche quando sembra che il braccio e la mano destra agiscano di più, il braccio e la mano sinistra non mancano di collaborare più o meno potentemente. Il macellaio, il fabbro, il magnano, l'automobilista, il contadino, il ginnasta nel disimpegno delle loro mansioni adoperano ambo le mani, e la mano sinistra eseguisce movimenti propri, differenti e non meno complicati ed energici di quelli della destra, oppure i movimenti della destra si alternano ugualmente nella sinistra. Nei violinisti, nei violoncellisti, nei pianisti, nelle cucitrici a macchina, nelle dattilografe la mano sinistra esegue movimenti più numerosi e più complicati della destra. Le così dette azioni unilaterali, nelle quali la mano sinistra poco o nulla agisce, come il mangiare la minestra, il tirare un sasso, lo scrivere hanno nella vita della maggioranza degli uomini un'importanza affatto secondaria e certo non tale da determinare una prevalenza dell'emisfero sinistro.

I casi di afasia e di aprassia da lesioni dell'emisfero destro dovrebbero essere molto numerosi nei destrimani che furono indifferenti o originariamente mancini, se la manualità o l'ulteriore prevalente uso d'una mano fosse in rapporto ad un centro originariamente sviluppato nella zona motoria del cervello.

In conclusione il destrismo o il mancinismo non sono in rapporto ad un centro innato situato rispettivamente nell'emisfero sinistro o destro, ma sono la conseguenza di esercizio, di educazione.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Consiglio Superiore della P. I.

Il Consiglio ha deciso di proporre al ministro della P. I. on. Fedele, l'apertura dei seguenti concorsi per la facoltà di medicina e chirurgia: fisiologia a Cagliari; medicina legale a Messina; radiologia e terapia fisica a Pavia; clinica delle malattie mentali e nervose a Sassari; patologia generale a Sassari; clinica ostetrica e ginecologica a Sassari; anatomia patologica a Sassari; clinica oculistica a Sassari; clinica medica a Modena.

Il Consiglio ha dato parere contrario alla concessione del titolo di dottore a chi ha compiuto gli studi universitari di farmacia.

Ha emesso parere di massima per i corsi di ufficiale sanitario negli Istituti universitari.

Ha emesso numerosi pareri relativi ai titolari di diverse Cattedre universitarie.

Ha intrapreso l'esame degli statuti universitari al fine di stabilire tutto l'ordinamento degli studi nei singoli istituti superiori.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Lotta contro le malattie sociali nelle collettività giovanili.

Il Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità pubblica, Ufficio di ispezione antitubercolare) ha diramato ai prefetti una circolare, in data 12 maggio 1926, recante il n. di prot. 20300-2-A G - 4049, in cui sono richiamate le disposizioni esistenti, emanate dal Ministero dell'Interno e da quello dell'Istruzione pubblica, perchè la convivenza giovanile sia bene sorvegliata ai fini dell'igiene sociale e pedagogica, e quando occorra, si provochi l'intervento della terapia.

Esse concernono le visite sanitarie alle scuole, le vigilatrici sanitarie, l'opera dei patronati scolastici, le scuole all'aperto, le colonie climatiche estive, l'educazione igienica, l'adattamento — secondo i luoghi — della lotta contro le malattie sociali (malaria, tracoma).

La circolare, che reca la firma dell'on. Federzoni, conclude: «Il Governo Nazionale, che con incessante premura, tende a procurare nelle vie del lavoro fecondo, il massimo rendimento del popolo nostro, ne vuole fermamente procurare il continuo progresso, rivolgendo le proprie cure alle giovani generazioni.

Vuole che questo programma si svolga con metodo, giusta le norme della igiene e della così detta «scienza del fanciullo» che sono contemporaneamente guida sicura per la ordinata civile convivenza.

Le esortazioni, colla presente rivolte alle SS. LL. in pieno accordo col Ministero della I. P., che così notevole azione esplica per il miglioramento igienico della scuola, si armonizzano con le disposizioni sanitarie e scolastiche vigenti, con quelle contemplate nella legge 10 dicembre 1925, n. 2277 per la protezione ed assistenza della maternità ed infanzia, e con quelle della preordinata Opera Nazionale Balilla dedicata alla assistenza ed alla educazione fisica e morale della gioventù».

Copia della circolare può ottenersi facendone richiesta alle Prefetture.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUASANTA (*Ascoli*). — Scad. 30 giu.; 3ª zona; L. 8500 oltre L. 500 indenn. laurea, L. 1000 indenn. forese; 5 quadr. dec.; età lim. 35 a. (nessun limite per quelli che siano o siano stati in serv. di condotta o presso ospedali). Tassa L. 50.10. Staz. termale.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Direttore del Laboratorio di chimica e microscopia clinica e del Gabinetto di anatomia patologica. Lire 8800 con aumento temporaneo del 10 %; indenn. c.-v.; 50 % esami privati. Scad. 5 luglio. Per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

AREZZO. *Ospedale Vitt. Em. III.* — Alle 12 del 30 giu., assistente reparto med.; nom. e conferma biennali; età mass. 35 a.; L. 5000, camera, vitto nei gg. di guardia, c.-v. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

AREZZO. — Medico del Dispensario anticeltico comunale; L. 3500; nom. e conferme triennali; escluso ogni diritto alla stabilità e a compensi o indennità di qualsiasi genere. Scad. 20 luglio. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.15. Docum. a 3 mesi dal 10 giu. Esame. Serv. entro 15 gg.

ASTI. *Ospedale Civile.* — Al 30 giu.; medico aggiunto pel servizio sanitario interno; titoli. Stipendio secondo Capitolato. Per informazioni e invio domande rivolgersi Segreteria.

BOLOGNA. — Due condotte; età lim. 40 a.; voti nei corsi universitarî; triennio di esercizio profession. di cui uno possibilm. come assistente in ospedale di grande città; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 31 mag. Stip. L. 8800 e 9000 oltre 5 quadr. dec. e L. 500, 1000, 3000 trasp.; c.-v. Scad. ore 18 del 30 giu.

BRESCIA. *Ospedali Civili.* — Primario oculista; L. 6000. Scad. ore 16 del 30 giu. Vedi fasc. 22.

CASTELNUOVO DI FARFA (*Roma*). — Scad. 30 giu. Vedi fasc. 22.

CELLAMONTE (*Alessandria*). — Scad. 6 luglio; L. 7000 oltre L. 500 uff. san. e L. 2000 cavalc.

CHIUSAFORTE (*Udine*). — Scad. 10 lug.; 2° reparto di consorzio; L. 9000 più L. 500 serv. attivo, L. 3000 trasp., c.-v. statale, sei quadr. dec.

DESIO (*Milano*). *Ospedale Civile*. — Primario medico. Vedi fasc. 23. Scad. ore 15 del 30 giu.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Congregaz. di Carità*. — Primario di medicina presso l'Osped. di S. Biagio. Vedi fasc. 23. A tutto 30 giugno.

GAMBELLARA (*Vicenza*). — Scad. 30 giu.; L. 8000 e 6 quadr. dec.; ind. trasp.; c.-v. in L. 1200; per uff. san. L. 500. Tassa L. 50.15. Un anno di assistenza o di condotta.

GORGONZOLA (*Milano*). — Scad. 30 giu.; L. 9000, senza c.-v.; aumenti periodici; obbl. bicicl. con indenn. L. 400; se uff. san. L. 1150. Ab. 5053 di cui 1422 in campagna, pov. 220.

LAMA MOGOGNO (*Modena*). — 2ª cond.. Scad. 60 gg. dal 1° giu. a ore 17. Ab. 866 agglomer. e 2943 sparsi; iscritti c. 400. L. 8500 e 10 bienni ventesimo; L. 2500 cavallo; età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Primario specialista neurologo; vedi fasc. 17. Scad. 30 giu.

MOGLIANO VENETO (*Treviso*). *Istituto Pio Costante Gris*. — Direttore sanitario. A tutto il 15 lug. L. 14,000 lorde e 5 quinquenni dec., c.-v. di legge; alloggio a muri vuoti, orto e illuminaz. gratuiti; esclusa ogni altra indennità. Competenza di tecnica manicomiale attestata da manicomio o clinica pediatr. Tassa L. 50. Docum. a 6 mesi dal 10 giu. Età 30-45 a. Prova bienn. Chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria.

MORAZZANO (*Como*). — Consor.; L. 9000 e 4 quinquenni decimo; uff. san. L. 1300; trasp. L. 700; ambulatorio L. 500. Scad. 25 giugno.

NOVI LIGURE. *Ospedale S. Giacomo*. — Assistente interno; scad. 30 giu.; vedi fasc. 22.

PINZANO AL TAGLIAMENTO (*Udine*). — A tutto 25 giu.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 3000 mezzo trasp., L. 900 uff. san., 6 quadrienni dec.

PORTACOMARO D'ASTI (*Alessandria*). — Medico residente con le funzioni di med. cond. supplente e di uff. san.; L. 400 (*sic*) mens.; la nomina sarà fatta dal Podestà senza regolare concorso per il 1° luglio, data dalla quale dovrà iniziarsi il servizio. Assicurati proventi esercizio libero.

ROCCASECCA DEI VOLSCI (*Roma*). — Scad. 4 lug.; L. 10,500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3600 cavalc., L. 400 uff. san., L. 600 arm. farm., L. 2000 c.-v. Tassa L. 50.10.

ROMA. *Ministero della Marina* (*Direzione Centrale di Sanità M. M.*). — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Scad. 2 ag. ore 10. Vedi fasc. 19.

SARTEANO (*Siena*). — Scad. 30 giugno; capol.; L. 8000 oltre L. 1600 c.-v. e L. 2500 trasp.; tassa L. 50.15; età lim. 45 a.

SIRACUSA. *R. Prefettura*. — Ufficiali san. per Florida, Ferla, Spaccaforno, Pachino, Pozzallo; stipendi L. 6000 e 7000; divieto di eserc. profess.; indenn. annua speciale da fissare; 4 quadrienni dec. Docum. a 3 mesi dal 7 giu. Scad. 45 gg. dal 7 giu. Età lim. 45 a.

SPERLINGA (*Catania*). — Scad. 30 giu.; v. fasc. 22.

VALTOPINA (*Perugia*). — Scad. 30 giu.; L. 9000 otre ind. c.-v. e serv. att., L. 600 uff. san. e L. 4000 cavalc.

VENEZIA. — Per Treporti (II Reparto fraz. di Burano); L. 10,500 e 4 quinq.; serv. att. L. 500; c.-v.; trasp. L. 1000; età lim. 40 a.; eserc. prof. triennale, di cui 2 alm. in osped. import., o triennio di condotta e 1 di pratica osped.; tassa L. 25. Il Comune si riserva di assumere informazioni sul conto dei concorrenti e di escluderli senza obbligo d'indicarne i motivi, rimborsando la tassa. Scad. 5 luglio.

CONCORSI A PREMI.

Primo premio Hoffman-La Roche.

Abbiamo annunziato nel N. 19 la concessione del premio La Roche ai dottori Villa e De Nonno. Vogliamo ora ricordare che il concorso al premio analogo (di L. 10,000), il quale non fu concesso l'anno scorso ad alcuno, scadrà al 31 dicembre 1926.

Per un lavoro storico idrologico.

L'Associazione Italiana di Idrologia (Sezione Alta Italia) ha stabilito di assegnare un premio di L. 1000 al miglior lavoro che, entro il giugno del 1927, venga presentato sul tema: « Le documentazioni storiche e le vestigia attuali, in Italia, di Terme Romane ». Il lavoro potrà illustrare anche soltanto un dato gruppo regionale di antiche Terme Romane; ma dovrà, però, sia pure brevemente, ricordare le vestigia esistenti in tutta Italia.

La assegnazione del premio sarà fatta da apposita Commissione, eletta dalla Presidenza Generale della « Associazione Italiana di Idrologia Climatologia e T. F. ».

Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Presidenza della « Sezione Alta Italia » della suddetta « Associazione », via S. Paolo, n. 10, Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà Medica di Parigi ha chiamato all'insegnamento della batteriologia il prof. André Lemierre, un allievo di Widal, noto per le sue ricerche sull'emocoltura, sull'infezione discendente delle vie urinarie e biliari, sul còmpito della batteriuria nella diffusione del tifo, sulle setticemie da Friedländer e da meningococco, sul morbo di Bright e sulla azotemia, sulla lipemia alimentare e sulla prova degli emoconi nella semeiologia funzionale del fegato.

NOTIZIE DIVERSE.

Congressi medici argentini.

L'8 luglio verrà inaugurato a Buenos Aires il 3° Congresso medico nazionale argentino. Principale tema in discussione sarà la malaria. Il convegno verrà presieduto dal prof. C. Bonorino Udaondo. Sono stati invitati a parteciparvi illustri clinici e scienziati: i proff. V. Ascoli e G. Alessandrini di Roma, Em. Sergent di Parigi, G. Pittaluga di Madrid.

Contemporaneamente avranno luogo la IV Conferenza sud-americana d'igiene, microbiologia e patologia e un'Adunanza sull'insegnamento medico. Saranno presiedute rispettivamente dai professori G. Araoz Alfaro e D. J. Cranwell.

In agosto si terrà il 1° Congresso argentino di chirurgia, sotto la presidenza del prof. D. J. Cranwell.

XV Congresso Stomatologico Italiano.

Avrà luogo a Perugia, nel settembre 1926, promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana. Possono prendervi parte: i soci della F. S. I.; i medici e gli odontoiatri italiani che, avendo fatta domanda alla presidenza della F. S. I., siano stati accettati; i cultori delle scienze sanitarie ed affini d'ogni paese che abbiano avuto speciale invito dalla F. S. I. Le comunicazioni dovranno essere annunciate alla presidenza della F. S. I., via D'Azeglio, 34, Bologna, entro il 1° agosto p. v. La quota di ammissione è di L. 30 per tutti i congressisti non invitati; per le persone di famiglia è fissata una quota suppletiva di L. 15 per persona. Detta quota deve essere versata all'Amministrazione della F. S. I., piazza S. Bernardo, 108-A, Roma (5).

IV Congresso sociologico internazionale.

Si terrà a Panama (America centrale), dal 26 al 30 giugno. I lavori sono divisi in 8 sezioni, di cui la 7ª è consacrata alla biosociologia ed eugenetica. Presidente del Comitato esecutivo è il prof. I. D. Mascotte, rettore dello « Istitut Nacional de Panamà »; tra gl'italiani figurano il sen. Leonardo Bianchi, S. E. Luzzatti, il sen. Loria, i professori Niceforo, Ferri, Garofalo, Graziani, ecc.

Associazione Ultravioletta Italiana.

Con un solenne cerimoniale d'apertura si è costituita, nel decorso mese d'aprile, la « Associazione Ultravioletta Italiana ». La seduta inaugurale ebbe luogo nell'Auditorium della Clinica Chirurgica annessa alla R. Università di Milano. Il concorso di insigni medici, convenuti numerosi da ogni parte d'Italia, ha dimostrato la grande importanza del convegno promosso da un Comitato, di cui l'animatore e l'ideatore fu l'ing. Michele Andreini.

Il Consiglio di Presidenza fu così composto: presidente prof. Alfonso Cuzzi; vice-presidenti proff. Spolverini e Porcelli; segretario dott. Armani. Furono fatte pregevoli comunicazioni dai proff. Cuzzi, Centanni, Porcelli, Spolverini, Valdameri e dai dottori Tosi e Bentivoglio. Il convegno si chiuse con escursioni sulle vette circostanti il lago di Como. La prossima riunione è indetta a Livorno.

Esposizione internazionale sull'abitazione.

Un'Esposizione Internazionale del conforto nell'abitazione, con sezioni speciali di meccanica, elettricità, macchinari diversi, alimentazione, sports, musica e tutte le invenzioni in generale, avrà luogo nel « Palais des Fêtes et des Beaux-Arts » della città di Liegi, nel prossimo settembre.

L'inaugurazione è fissata al 10 settembre; quelle persone che desiderassero parteciparvi, per informazioni, programmi, ecc. possono indirizzarsi alla direzione e amministrazione: Bruxelles: 34, rue du Moulin; Liége: 3, Parc de la Boverie.

Corso di perfezionamento in dermato-venereologia.

Si terrà presso la Clinica delle Malattie cutanee e veneree della Facoltà medica di Strasburgo dal 20 settembre al 6 novembre. Contemporaneamente avrà luogo anche un corso di 20 lezioni sui principali metodi di laboratorio. Tassa per ognuno dei due corsi fr. 300, da far pervenire al direttore della Clinica, prof. Pautrier, 2 Quai St. Nicolas, Strasbourg (Francia). Gli stranieri possono chiedere informazioni sugli alloggi.

Corsi sulla tubercolosi ed il clima d'altitudine.

Negli anni 1923 e 24 la Società dei Medici di Davos (Svizzera) organizzò dei corsi estivi per medici sulla tubercolosi e sul clima d'altitudine, i quali ebbero lusinghiero successo: nell'agosto 1924 convennero al corso 551 medici da 22 Nazioni.

Il successo ottenuto incoraggia la suddetta Società a preparare un nuovo corso estivo dal 22 al 29 agosto p. v. Il programma comprenderà la climatologia, la patologia, la diagnosi, la clinica, la terapia e la prognosi della tubercolosi. Verranno presi in particolare considerazione i temi attualmente più interessanti. Le lezioni si terranno in francese ed in tedesco. La Commissione del Corso medico estivo in Davos accetta le iscrizioni e fornisce ai colleghi che ne faranno richiesta tutte le necessarie informazioni.

Conferenze igienico-sanitarie alla Milizia.

Per accordi intervenuti fra il Comando Generale della Milizia ed il Partito Nazionale Fascista è stato dato incarico ai Gruppi aiuti ed assistenti delle Università e degli Istituti superiori di tenere un ciclo di conferenze di carattere educativo igienico e sanitario alla Milizia.

Le conferenze hanno avuto contemporaneo inizio il 12 corr. nelle varie città sedi universitarie. A Roma il sen. Cirincione, nell'aula della Clinica oculistica, tenne la prima conferenza sul tema: « Come conservare gli occhi sani ».

L'Assistenza Sanitaria agli Infortunati e l'Ospedale « Benito Mussolini » di Bologna.

La Cassa Nazionale Infortuni, perseguendo l'alta finalità sociale di provvedere alla reintegrazione fisica e alla rieducazione professionale dei lavoratori colpiti da infortunio, ha da tempo istituito ospedali specializzati nei più importanti centri d'Italia. Il direttore generale dell'Istituto gr. uff. Foscolo Bargoni, sostenitore strenuo del principio dell'assistenza sanitaria all'infortunato, siccome elemento essenziale di conservazione delle forze produttive della Nazione, diede ogni cura — tanto più avendo compiuto speciali studi in materia — acchè il maggiore Ospedale istituito in Bologna rispondesse ai più moderni e perfezionati ammaestramenti della tecnica e risultasse degno di essere preso a modello nel nostro Paese ed all'estero. Onde il Consiglio Superiore pensò che non sarebbe stato omaggio inadeguato verso l'alta persona del Capo del Governo di intitolare a lui l'Ospedale di Bologna, e S. E. Mussolini consentì a dare il proprio nome all'Ospedale « quale simbolo dell'amorosa cura e vigile tutela che il fascismo mette nell'assistenza e nel benessere delle classi lavoratrici, base dell'efficienza economica della Nazione ».

Nell'amministrazione degli Spedali riuniti di Livorno.

Con D. M. 26 aprile 1926, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 102, 3 maggio c. a., per provvedere a necessarie riforme nell'ordinamento degli Spedali riuniti di Livorno onde coordinare l'azione agli interessi attuali e durevoli della beneficenza pubblica locale, è stata sciolta l'amministrazione di detti Ospedali.

Laboratori per lo studio della malaria.

Il 30 maggio, in occasione dell'apertura del 2° Congresso Agrario Pontino, fu inaugurato a Terracina dall'on. Peglion, sottosegretario di Stato all'Economia Nazionale, il 3° Laboratorio della Croce Rossa Italiana nell'Agro Pontino per lo studio delle zanzare malarigene, posto sotto la direzione del dott. Falleroni, ispettore generale della Sanità Pubblica.

Erano a ricevere S. E. Peglion il dott. Falleroni, il prof. Ilvento, il gen. med. Baduel, i dottori Bonfigli, ispettore dei servizi antimalarici, Mataloni, Amalfi, Pietrosanti e Carosi, addetti ai servizi antimalarici della C. R. nella palude pontina, e numerose autorità e rappresentanti dell'agricoltura locale.

Altri due laboratori congeneri erano già sorti a Casal delle Palme e a Pontemaggiore. Quello di Terracina realizza un'idea nuova: l'associazione del medico con la cattedra di agricoltura. L'on. Peglion si compiacque molto di tale provvida istituzione.

Consorzi provinciali antitubercolari.

Il Consorzio provinciale antitubercolare di Trapani, nella prima assemblea tenuta il 4 febbraio scorso, approvò il bilancio preventivo del 1926, previsto in un attivo di L. 270.000, così ripartite: 100.000 per rette ospedaliere, 20.000 per il funzionamento dei dispensari, 20.000 per le colonie marine ed altre istituzioni antitubercolari, 60.000 per impianto di dispensari. Il sig. G. Serraino Vulpitta espresse il proposito di dotare Trapani di un tubercolosario capace di 46 letti con i relativi mezzi di funzionamento. Fu approvato il programma del dott. Pollara, che fa molta parte alla propaganda.

Il Consorzio antitubercolare di Palermo ha chiamato a far parte della giunta i proff. Edoardo Calandra e Vincenzo Fici.

Il Consorzio Universitario di Palermo.

Si è costituito il Consorzio Universitario Palermitano; il Comune di Palermo annualmente dà lire 150.000; la Cassa di Risparmio 25.000; il comune di Trapani 10.000; la provincia di Caltanissetta 50.000; il comune di Caltanissetta 5.000; il comune di Marsala 6.000; il comune di Termini Imerese 1.000. Il Banco di Sicilia non ha partecipato direttamente alla costituzione del Consorzio, ma concorre alla sistemazione edilizia delle Cliniche della R. Università di Palermo con L. 50.000 annue fino a raggiungere un milione. A presidente del Consorzio è stato nominato l'on. Di Marzo, prosindaco di Palermo. Il Consorzio ha la durata di cinque anni.

Lotta antitubercolare a Milano.

Il sanatorio di Garbagnate, anche con i nuovi ampliamenti che hanno portato la disponibilità di 1300 posti, non è sufficiente ai bisogni della città di Milano, per cui il Comune ha deciso la costruzione di un tubercolosario che permetterà lo smistamento dei malati a seconda della gravità delle loro condizioni. Si è anche deciso di dare un largo impulso alla vaccinazione antitubercolare col metodo Calmette.

Istituto Medico-Chirurgico del Lavoro e della Previdenza Sociale.

La notizia pubblicata sotto questo titolo nel n. 22, p. 786, va integrata nel senso che il detto Istituto non è una trasformazione dell'insegnamento delle malattie mediche professionali, che viene impartito per incarico dal prof. Luigi Ferrannini; ma, come già si è rilevato, comprende tutti gl'insegnamenti della Facoltà e quindi anche l'insegnamento delle Malattie professionali, che ne diventa parte integrante.

Per una esatta conoscenza delle acque minerali italiane.

In rapporto a studi da concretarsi con « grafiche dimostrative », che saranno mandate a tutti i Medici d'Italia, il prof. P. Piccinini, presidente della « Sezione Alta Italia » della « Associazione Italiana di Idrologia », ha diramato un invito agli Stabilimenti termali e idropinici italiani, perchè gli vengano inviati dati precisi riguardanti: « portata complessiva delle sorgenti », « temperature di

esse », « mineralizzazione totale », ecc., nonchè le indicazioni terapeutiche da fissarsi per le singole acque.

Le grafiche suaccennate metteranno in evidenza immediata, comparativa, le caratteristiche fisicochimiche delle singole acque, e riusciranno utilissime a diffondere fra i Medici tutti una esatta conoscenza delle nostre acque minerali e del loro impiego razionale.

Per l'igiene mentale.

Il Gruppo Napoletano per lo studio delle questioni eugeniche, in conclusione di ampio dibattito, ha approvato un lungo ordine del giorno per la tutela dell'igiene mentale nell'età dello sviluppo. In particolare si chiede che venga rafforzata ed estesa la funzione del medico scolastico sotto questo riguardo; che si provveda ad un largo ed oculato riordinamento dei programmi, specialmente delle scuole secondarie, nelle quali spesso predomina il metodo mnemonico a scapito del potere attentivo e della facoltà di utilizzazione della cultura; che la scelta dei libri scolastici per contenuto e per numero debba formare oggetto di rigoroso esame da parte dei più competenti in materia; che l'educazione fisica debba essere armonizzata ai criteri di una sana e bene intesa igiene e profilassi mentale.

Per la lotta contro la tubercolosi.

Il Governatore di Roma, allo scopo di apprestare i mezzi per una più intensa lotta contro la tubercolosi, ha disposto che sia applicato uno speciale supplemento domenicale di L. 0.10 sull'importo delle corse tramviarie. Il ricavato andrà per intero devoluto ai fondi per la lotta contro la tubercolosi.

Donazioni.

La Contessa Dolores Branca in Dolfin Boldù ha donato in testamento all'Ospedale Maggiore di Milano la somma di lire 50.000, perchè venga eretto un padiglione da intestarsi al suo nome.

Commemorazione del prof. Gaglio.

Nella seduta dell'11 aprile della R. Accademia dei Lincei il prof. L. Sabbatini ha commemorato con un alto discorso il compianto prof. Gaetano Gaglio, lumeggiandone l'originalità e la copia della produzione scientifica.

Giubileo dell'elioterapia.

Si è celebrato in Engadina il 25° anniversario dell'introduzione in medicina dell'elioterapia, accreditata al dott. Oscar Bernhard, che praticò in quella regione per un quarantennio. In un caso di grave ferita che rifiutava assolutamente di rimarginare, egli ricordò il potere sterilizzante del sole, di cui fanno fede le strisce di carne bovina disseccate dell'America Meridionale, note col nome di *charqui;* e come estrema risorsa si valse della luce solare, con pieno successo.

È noto che il vero ideatore dell'elioterapia è stato il dott. Antonino Sciascia di Canicattì.

Scambi culturali fra Argentina e Italia.

Il Governo argentino ha già da un pezzo donato al Rettore Magnifico della R. U. di Genova, rappresentante il Ministro della P. I., la prima serie della biblioteca « Manuel Belgrano ». Detta biblioteca è stata ordinata in una sala della Biblioteca universitaria di Genova e conta per ora circa 3700 volumi e 3500 opuscoli, tranne ad arricchirsi prossimamente di altro materiale: essa, che lumeggia quanto di più caratteristico ha l'Argentina nel suo aspetto, nella sua vita economica, culturale e politica, costituisce la prima base dell'« Istituto italiano di cultura argentina », cui ben presto si aggiungerà un nuovo dono, un Museo argentino, che avrà sede presso l'Istituto superiore di scienze economiche e commerciali di Genova.

Intanto, a rendere maggiormente importanti gli scambi culturali tra Argentina e Italia, il Rettore Magnifico della R. U. di Genova si è fatto promotore del dono all'Università di Buenos Ayres di una raccolta delle memorie scientifiche di quanti insegnano nelle Università e negli Istituti superiori, insieme con le pubblicazioni degli Enti pubblici e privati, che valgano a far meglio conoscere la nostra Nazione.

Il numero dei medici in Germania.

La « Deut. Med. Woch. » informa che nel 1925 si contavano in Germania (compreso il bacino della Saar) 41.650 medici. Il censimento del 16 giugno 1925 dette 62.478.872 abit.; ne viene che si hanno 6,67 medici ogni 10.000 abit., il che segna un aumento di oltre il 33 % rispetto al 1901 e del 30.5 % rispetto al 1913; l'aumento assoluto è stato di circa 5400 medici dal 1921: d'onde la pletora.

Come sono pagati in Francia i professori di Università.

Il *Journal Officiel* del 31 marzo 1926 pubblica il nuovo decreto che fissa gli stipendi del personale insegnante della Facoltà di Parigi.

I professori di prima classe dovranno percepire 35.000 franchi; quelli di seconda classe 32.000; quelli di terza classe 29.000.

I professori incaricati di corsi complementari se di prima classe 26.000, se di seconda 24.000, se di terza 22.000.

I professori aggregati se incaricati di insegnamento (legge, medicina e farmacia) percepiscono 20.000 franchi; se senza insegnamento (medicina e farmacia) 13.500.

Gli aiuti se di prima classe 21.000, di seconda 19.500, di terza 18.000.

I preparatori di prima classe 17.000, di seconda 16.250, di terza 15.000, di quarta 14.650, di quinta 14.000.

Ospedali americani chiusi nella Cina meridionale.

Si ha notizia che le « Unioni rosse del lavoro » hanno bloccato l'Ospedale di Canton dipendente dalla Missione Presbiteriana Americana, taglian-

dogli i viveri e l'energia elettrica; hanno anche costretto a chiudere l'Ospedale americano di Wuchow: il personale sanitario si è imbarcato su di una nave cannoniera.

La regolamentazione delle autopsie in Russia.

Il Commissariato per la Salute pubblica ha pubblicato un regolamento riguardante l'ordine secondo il quale bisogna procedere nelle autopsie di persone morte negli ospedali e nelle case di salute. Bisogna prima di tutto aver l'autorizzazione del medico-capo dell'istituto, per concedere la quale il medico-capo dovrà tener conto: *a*) degli interessi di controllo scientifico; *b*) degli interessi dello studio di casi rari o interessanti; *c*) della necessità di fare una diagnosi precoce dei casi infettivi; *d*) dei regolamenti medico-legali e amministrativi nei riguardi delle persone morte accidentalmente o in seguito a delitto.

I parenti, i tutori o gli amici del morto possono, nel termine di 24 ore dal decesso, opporsi all'autopsia, e perciò ogni autopsia non può essere eseguita se non 24 ore dopo la morte, salvo casi speciali. Non si terrà conto dell'opposizione fatta dai parenti allorchè il caso presenta un interesse scientifico speciale, o allorchè l'autopsia è richiesta dalle autorità giudiziarie o amministrative.

Il giorno 6 corr. spegnevasi il prof. dott. LORENZO ZAPELLONI, chirurgo primario dell'Ospedale di Anagni. La sua scomparsa ha riempito di dolore l'animo di tutti quanti ebbero la fortuna di conoscerlo e specialmente dei compagni di lavoro che lo seguirono durante il tempo della sua preparazione.

Laureato in questa Università compì i suoi migliori studi presso l'Istituto di Patologia chirurgica diretto allora dal prof. Alessandri ed ivi si dimostrò ricercatore sagace ed oculato svolgendo argomenti vari sulla parabiosi, sulla sutura dei vasi, sulla etiologia dei tumori, sulla echinococcosi ecc. Alla solida cultura scientifica conquistata con indefesso lavoro aveva saputo accoppiare una esercitazione chirurgica vasta compiendo il servizio di aiuto negli Ospedali di Roma. Fu per vario tempo segretario della Soc. ital. di Chirurgia e nel Congresso di Firenze fu relatore del tema sugli aneurismi. Di animo mite e gentile, di carattere leale ed aperto, fu sempre stimato da quanti lo avvicinarono.

Alla moglie desolata ed ai bambini le condoglianze più affettuose dei colleghi della Redazione.

R. BRANCATI.

Si è spento il dott. TOUS Y BIAGGI, redattore capo della « Revista Española de Medicina y Cirugia », di cui egli aveva saputo fare uno degli organi di medicina più accreditati del mondo.

S.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 21 nov. — C. PASAL e J. DAVESNE. Anafilassi mentale; psico-colloidoclasia, costituzioni psicopatiche.

Estudios Méd., nov. — J. CODINA CASTELLVÌ. Immunità tegumentaria contro la tbc. — H. GARCIA, R. P. JAIME PREINLA. È lecito l'aborto?

Arch. Gen. di Neurol., ecc., III. — M. LEVI BIANCHINI. La meccanica del sogno. — E. HITSCHMANN. Telepatia e psicoanalisi.

Pathologica, 1 nov. — A. CESARIS DEMEL, M. SEGALE, E. FRANCO. Sarcosporidiosi bovina.

Terapia Contemporanea, ott. — G. PASCALE. Cura chirurg. del divertic. di Meckel. — E. FUCHS. Manifestazioni oculari della sifilide. — F. PREGL, H. v. HABERER. Prova di Pregl della funzionalità renale.

Journ. de Chir., ott. — A. TROELL. Diagn. e cura del m. di Basedow.

Riv. Oto-Neuro-Oft., lug.-ag. — Q. DI MARZIO. Sintomi oculari della meningite sierosa. — F. MEZZATESTA. Gumma chiasmatis.

Deut. Med. Woch., 27 nov. — B. LANGE. Genesi e decorso delle epidemie. — E. STIER. Sulle cosidette neurosi da infortunio. — L. HOFTAUER. Riflesso viscero-motore di Mackenzie nelle aderenze pleur.

Wien. Klin. Woch., 26 nov. — J. WAGNER-JAUREGG. Profilassi del gozzo col sale in toto. — L. HABERLANDT. L'ormone dell'attività cardiaca. — L. KRAUL e L. BODNAR. Sulla biologia della placenta.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Numero di medicina legale.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 22 nov. — T. DELLA VEDOVA. Le riniti.

Clin. y Lab., ott. — Resoconto del Congr. spagn. di pediatria.

Brit. Med. Journ., 28 nov. — J. JEFFERSON. Embolectomia. — P. EGGLETON e L. J. HARRIS. Raggi ultraviol. e vitamina antiscorbutica.

Lancet, 28 nov. — E. BRAMWELL. Distrofie muscolari, sist. simpat. e glandole endocr. — C. HEUSER. Il lipiodol nella diagn. di gravid.

Münch. Med. Woch., 27 nov. — J. E. WOLF. Germi apatogeni ed azione eccitante della tubercolina. — E. HEMPEL. Azioni dannose delle trasfusioni. — P. SCHENK. Sport e ricambio.

Revue d'Actinologie, ott.-nov. — C. BENOIT. I raggi infra-rossi. — E. ed H. BIANCANI. Irradiazione degli alimenti e rachitismo. — J. SAIDMAN. Actinoterapia delle glandole endocrine. — M. A. FRAIKIN e I. BURILL. Raggi ultra-viol. nell'acne.

Arch. Ital. Dermatol., ecc., lug. — G. BERTACCINI. Fibro-sarcoma cutaneo primitivo in bambino. — U. REBAUDI. Dermatite blastomicetica di Gilchrist.

Journ. A. M. A., 14 nov. — M. NICOLL. Problemi relativi all'amministraz. sanitaria. — E. L. OPIE. Fisiologia patologica del fegato. — C. W. MCCLURE e al. Valutazione e trattam. delle

turbe funzionali del fegato. — L. R. DE BUYS e al. L'iperfunzione del timo.

Practitioner, dic. — G. W. THEOBALD. Valore della narcosi scopolamino-morfinica nel travaglio. — C. NOON. La gangrena senile. — J. STAVELY DICK. Vaccinoterapia della rinite cronica e ricorrente.

New York St. Journ. of Med., 15 nov. — Numero sulla terapia del cancro.

Ann. di Ottalmol., ecc., dic. — O. ORLANDINI. Circolazione retinica. — F. PASTORE. Concrezioni della testa del n. ottico. — L. MAGGIORE. Vari tipi di lenti da occhiali.

Minerva Med., 30 nov. — F. BESSONE. Dissociazioni ventricolari. — C. BARINETTI. Calorimetria in clinica.

Pediatria, 1 dic. — L. SPOLVERINI e A. VANELLI. Comportam. del grasso nel sangue dei bambini durante il digiuno prolungato. — I. NASSO. Ricambio azotato nei disturbi di nutriz.

Soc. d. Hôp., 26 nov. — A. LÉRI. Osteoartropatia ipertrofizzante e dito ippocratico. — A. CAIN e BOLTANSKI. Necrosi emorragica del fegato. — L. BINET. Il riassorbim. dell'olio iniettato sotto cute.

Annales Inst. Pasteur., nov. — A. P. NEWODOFF e al. Ricerche sul carbonchio.

Mediz. Klinik, 4 dic. — M. NONNE. Malariaterapia della paralisi p. — E. PRIBRAM. Ritenzione e bisogno d'acqua nei febbricitanti.

Gaz. d. Hôp., 28 nov. — P. MEIGNANT e K. KAPLAN. Sindrome di Raynaud.

Bull. Méd., 25-28 nov. — Numero di ematologia.

Journ. d. Prat., 28 nov. — A. CANTONNET. Gli occhi da aragosta.

Journ. Méd. Franç., ott. — Numero sulle glandole paratiroidi.

Morgagni, 29 nov. — R. PELLEGRINI. Perizie e periti nell'art. 209 del C. P. P.

Giorn. di Med. Mil., 1 dic. — Numero sulla profilassi anticeltica nell'Esercito.

Edinb. Med. Journ., dic. — M. F. THOMSON. Gli streptococchi della piorrea alveolare.

Münch. Med. Woch., 4 dic. — H. MUCH. I lipomi. — E. BRILL. Resistenza degli eritrociti nei luetici.

Journal A. M. A., 21 nov. — M. E. REHFUSS. La digestione gastrica normale. — V. G. VECKI. Sulla cura della gonorrea. — H. J. JOHN. Scomparsa spontanea del diabete.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., nov. — Numero sui tessuti endometrici eterotopi.

Ann. di Larinol., ecc., lug.-dic. — G. GAVELLO, G. SANVENERO-ROSSELLI. L'ozena.

Arch. de Med., Cir., ecc., 28 nov. — F. J. ONTÌVEROS. L'idartrosi intermittente di Moore. — C. CRIADO e A. URRA. Il metabolismo dei carboidrati nel sist. nerv.

Presse Méd., 25 nov. — E. HÉRON e E. LAGUESSE. L'organizzaz. del lavoro scientifico. — 28 nov. C. ROUBIER. La polmonite a inizio centrale ed evoluz. periferica. — 2 dic. DANIÉLOPOLU. L'asma e sua cura.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

Altre pubblicazioni non di nostra edizione a disposizione degli associati al "Policlinico":

Prof. C. PERRANDO

MANUALE DI MEDICINA LEGALE

Un volume in-16, rilegato in tela, di pag. XVI-916, con 273 figure intercalate nel testo. In commercio **L. 46** più le spese di spedizione postale e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 43.90** franco di porto.

Prof. LUIGI FERRANNINI

I MEDICAMENTI USUALI

Un volume in-16, di pag. IV-214. **L. 6,** più le spese di spedizione postale e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 5.75** in porto franco.

ENDOCRINOLOGIA

Lezioni tenute ai R.R. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano dai Proff. **LIVINI, RONDONI, PEPERE, PENDE e CORONEDI**

Un volume in-8, di pag. 322, con numerose figure intercalate nel testo e due tavole a colori fuori testo. Prezzo **L. 15** più le spese di spedizione postale e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 14.30** in porto franco.

ANAFILASSI

Lezioni tenute ai R.R. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano dai Professori: **Lustig, Cesaris-Demel, Comba, Rondoni, Frugoni, Fichera, Cesa-Bianchi, Micheli, Zironi, Belfanti.**

Un volume in-8, di pag. 363, nitidamente stampato su ottima carta. In commercio **L. 15** più le spese di spedizione postale. Per i nostri abbonati sole **L. 14.30** in porto franco

FUNZIONI E DISFUNZIONI TIROIDEE

Lezioni tenute ai R.R. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano dai Proff. **CASTALDI, PIGHINI, CERLETTI, ROSSI, LUGARO.**

Un volume in-8, di pag. 287, nitidamente stampato, con figure **intercalate e 33** tavole fuori testo. In commercio **L. 15** più le spese di spedizione postale. Per i nostri abbonati **L. 14.30** in porto franco

La Funzione Endocrina delle ghiandole Sessuali

Conferenze tenute ai RR. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano dai prof. BRUNI, CHAMPY, CLEY, LUGARO, THOREK e VORONOFF, per iniziativa dell'Istituto Sieroterapico Milanese.
Un volume in-8°, di pagg. 253, nitidamente stampato su ottima carta, con molte illustrazioni. Prezzo L. **25** più le spese postali di spedizione. — Per i nostri abbonati sole L. **23,90** in porto franco.

Prof. C. P. GOGGIA

Quesiti di Diagnostica e di Clinica Medica

Un volume in-16, di pag. X-540, con 84 figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio **L. 28** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 27.40** franco di porto.

Prof. FRANCESCO SCHIASSI

L'Insulina nella cura del diabete

Un volume in-16, di oltre 150 pagine con tabelle nel testo e fuori testo. Prezzo **L. 15** Per i nostri abbonati sole **L. 13.90** franco di porto

Prof. ARTURO MORSELLI

Manuale di Psichiatria

(2ª edizione riveduta ed ampliata).

Un volume in-16, di pag. XIX-632, con 34 figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio **L. 33,** compreso l'aumento del 10 % per le spese postali di spedizione e di imballaggio. Pei nostri abbonati sole **L. 31.25** franco di porto.

Prof. GIUSEPPE BASILE

Ricerche diagnostiche di Clinica Medica

(Vade-mecum del medico pratico).

Seconda edizione riveduta ed ampliata.

Un volume in-16, di pagg. XII-312, con tavole e numerose figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio L. 22 più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. 20,75 in porto franco.

Prof. C. P. GOGGIA.

Formulario ragionato di Clinica Medica Terapeutica

(5ª edizione nuovamente riveduta ed ampliata)
con 32 figure nel testo.

Un volume in-16, di pagine XV-851, rilegato in tela. In commercio **L. 35** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 32.90** in porto franco.

Prof. O. COZZOLINO.

Formulario Pratico Ragionato di Clinica Pediatrica

(3ª edizione riveduta e ampliata).

Un volume in-16, di pag. XXX-372, rilegato in tela. In commercio **L. 18** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole **L. 16.90** in porto franco.

Prof. GAETANO VIALE

Quesiti di Fisiologia Umana

Un volume in-16, di pag. 406, con 30 figure intercalate nel testo. In commercio **L. 24** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 22.75** franco di porto

Prof. CARLO FRUGIUELE

Compendio di oftalmologia

(3ª edizione riveduta e ampliata).

Un volume in-16, rilegato in tela, di pag. 507, con 271 figure nel testo e 6 tavole a colori. In commercio **L. 45** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 43.25** franco di porto.

Prof. G. CRISTALLI.

Manuale di Ostetricia per i Medici pratici

(3ª edizione riveduta e ampliata).

Un volume in-16, di pag. XIX-799, rilegato in tela, con 269 figure intercalate nel testo. In commercio **L. 42** più le spese postali di spedizione e imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 39.80** in porto franco

Prof. GIOVANNI PETELLA.

Le malattie del cuore secondo le vedute moderne.

(ad uso dei medici pratici e degli studenti).

Ristampa 1924, con lettera del prof. A. CARDARELLI

Un volume in-8, di pagine VII-339, nitidamente stampato **su carta di lusso,** con 29 figure intercalate nel testo. In commercio **L. 24** più **le spese** postali di spedizione e di imballaggio. **Pei nostri abbonati sole L. 22.90** franco di porto.

Dott Prof. LUIGI SILVESTRINI

Patologia e Chirurgia della milza

(Studio sperimentale e clinico)

Un volume in-8, di pagine 402 nitidamente stampato su carta macchina uso mano. Prezzo **L. 35.** Per i nostri abbonati sole **L. 32.9** franco di porto.

Prof. ERIBERTO AIEVOLI

Quesiti di Patologia, Clinica e Terapia Chirurgica

Un volume in-16 grande, di pagine VI-426, elegantemente rilegato in piena tela **L. 28** più le spese postali di spedizione ed imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 27.25** franco di porto.

Prof. ERIBERTO AIEVOLI

Docente di Chirurgia — Chirurgo nell'Ospedale Loreto in Napoli.

Diagnostica differenziale chirurgica e semeiologia

(3ª edizione ampliata).

Un volume in-8, di 834 pagine, con 199 figure intercalate nel testo In commercio **L. 55** più le spese postali di spedizione ed imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 52.90** franco di porto.

Prof. C. BRUNI.

Compendio di Clinica Terapeutica delle MALATTIE URINARIE

AD USO DEI MEDICI E DEGLI STUDENTI

(Seconda edizione).

Un volume in-16, di pag. XXVIII-352, con 76 figure intercalate nel testo, ed elegantemente rilegato in piena tela. In commercio **L. 20** più le spese di spedizione postale e di imballaggio Per i nostri abbonati sole **L. 18.75** in porto franco.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI.

La laringe e il sistema nervoso cerebro-spinale.

(Fisio-Patologia e Clinica).

Volume in-8, di circa 480 pagine, con 37 figure intercalate nel testo Prezzo **L. 18.** Per i nostri abbonati sole **L. 16.50** franco di porto.

Dott. MASSIMO CAMPEGGIANI.

La diagnosi della sordità nei suoi rapporti clinici e sociali.

Volume in-8 grande, di circa 100 pagine, con una tavola. In commercio **L. 8** più le spese postali di spedizione. Per i nostri associati **L. 7.50 franco di porto.**

Inviare Vaglia Postale o Assegno Bancario all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 — ROMA

ANNO XXXIII Roma, 28 Giugno 1926 Fasc. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI CITTADELLA.

Coesistenza di versamenti e di sfregamenti pleurici.

Dott. LORENZO PEZZOTTI, medico primario.

Tutti coloro che hanno frequente occasione di esaminare malati dell'apparecchio respiratorio sanno per esperienza quanto sia difficile in certe circostanze distinguere i rantoli dagli sfregamenti. Intendo parlare di quei piccoli, fini, superficiali rumori crepitanti che si ascoltano diffusamente nel primo stadio della pleurite siero-fibrinosa, o, negli stadî ulteriori, al di sopra di quella zona di ottusità che d'ordinario — e talvolta erroneamente — si crede corrisponda alla raccolta liquida.

I caratteri differenziali che secondo i testi di semeiotica servono per distinguere i rantoli dagli sfregamenti sono nelle sopraindicate circostanze insufficienti (*).

Così è che alcuni AA. interpretano quelle crepitazioni come *rantoli*, dovuti alla pneumonite corticale che spesso accompagna la pleurite (Trousseau); altri come sfregamenti. Damoiseau dette loro il nome di « sfregamenti-rantoli », i Tedeschi li chiamano « Reiberasseln », gli Inglesi « moist friction ». Comunemente si designano con la denominazione indefinita di « crepitazioni », lasciando all'ulteriore decorso clinico

(*) Recentemente il Mantoux (15) ha sostenuto che la genesi pleurica di crepitazioni aventi i caratteri di rantoli può essere dimostrata dalla ascoltazione della parte più bassa delle basi toraciche. In corrispondenza di esse dette crepitazioni non possono essere che pleuriche, perchè là non si trova più parenchima polmonare, ma solo seno pleurico. La deduzione è certamente interessante, ma non la credo esente da critiche, in base ad alcune mie osservazioni (16) sulla mobilità respiratoria dei margini polmonari inferiori.

della malattia e a successive ascoltazioni il compito di definirne la natura. Oppure si interpretano volta per volta e caso per caso come rantoli oppure come sfregamenti a seconda non dei loro caratteri semeiotici, ma di altri fenomeni concomitanti e della sindrome morbosa considerata nel suo complesso. Per esempio, rumori aventi gli stessi caratteri semeiotici possono essere giudicati rantoli se si ascoltano su parti del torace lontani da quelle che corrispondono ai margini polmonari e nei casi nei quali il complesso sintomatico indica l'esistenza di processi bronco-alveolitici piuttosto che di una flogosi della pleura; e invece sono giudicati sfregamenti nelle circostanze inverse.

Ognuno comprende come siffatta distinzione, basata com'è sopra un criterio di probabilità anzichè sopra un sicuro riconoscimento del sintomo, sia infida, e come possa riuscire impossibile quando ci si trovi davanti a un processo morboso nel quale sia probabile, o certa, la concomitanza di flogosi della sierosa con processi bronco-alveolitici.

Se la concomitanza è certa, poco importa dal punto di vista pratico distinguere se si tratti di sfregamenti o di rantoli. La distinzione è invece importante, per la diagnosi e la prognosi, quando si tratta appunto di ammettere o di escludere tale concomitanza.

Perciò io ho ritenuto opportuno portare alla conoscenza di questo argomento il contributo della mia esperienza personale, derivata dall'osservazione di oltre 200 casi di pleurite essudativa, che nell'Ospedale civile di Vicenza ho esaminato quotidianamente in veste di medico e molto spesso in veste di radiologo.

*
* *

Stabilito, dunque, che spesso è difficilissimo distinguere la genesi di alcune crepitazioni, si ammetterà facilmente un fatto che io credo ricorra molto spesso nella pratica quotidiana, e che, per lo meno, a me è occorso parecchie volte.

Si ascoltano sopra un punto determinato (che può esser anche circoscritto) del torace alcune crepitazioni che, quantunque siano esclusivamente inspiratorie o espiratorie, hanno tutti gli altri caratteri di sfregamenti pleurici. Poichè il carattere inspiratorio o (caso più frequente) espiratorio delle crepitazioni non esclude la loro genesi pleurica [come di nuovo ha recisamente affermato anche il Neumann (1)], così si ammette trattarsi effettivamente di sfregamenti pleurici.

Immediatamente dopo, si eseguisce una puntura esplorativa in quello stesso preciso punto del torace e tenendo l'ammalato in quella stessa posizione nella quale prima lo si era ascoltato. La puntura esplorativa dimostra l'esistenza in quel punto di un versamento (*). Siccome sembra paradossale ammettere che le escursioni dei foglietti pleurici possano dare origine al fenomeno acustico degli sfregamenti quando fra i foglietti è interposta una falda liquida, così le crepitazioni che prima si erano giudicate di genesi pleurica ora si giudicano di genesi bronco-alveolare.

Fino a qui pare che non ci sia nulla di strano: ho proprio detto or ora che fra gli sfregamenti classici e i rantoli classici si trovano gradazioni intermedie che costituiscono quasi l'anello di congiunzione (dal punto di vista semeiotico) fra gli uni e gli altri.

Lo strano si avvera nelle successive osservazioni quando le crepitazioni, che si ascoltavano e continuano ad ascoltarsi in quel punto del torace in corrispondenza del quale era stata praticata la puntura esplorativa, vanno acquistando caratteri sempre più decisi di fregamenti pleurici fino a che lo scambio di questi con rantoli non è più possibile.

Si può supporre che gli sfregamenti compaiano perchè l'essudato va riassorbendosi e quindi i foglietti pleurici riescono a confricare l'uno sull'altro. La supposizione è certamente plausibile in alcuni casi; ma in altri casi — ai quali appunto io intendo riferirmi — non lo è per le ragioni seguenti:

a) i rumori di sfregamento, che si riterrebbero sopraggiunti, hanno la particolarità di essere esclusivamente inspiratori o espiratori, come le crepitazioni che s'ascoltavano. L'essere siffatta particolarità comune sia ai primi rumori sia a quelli che si ascoltano dopo, può essere frutto di una coincidenza casuale. Ma questa, essendo frequente, è poco probabile;

b) se i rumori che vanno gradatamente acquistando decisi caratteri di sfregamento sono comparsi solo col riassorbirsi dell'essudato, non potevano esistere quando l'essudato era presente. I rumori che si ascoltavano *allora* dovevano quindi essere effettivamente bronco-alveolari. È necessario quindi ammettere che al momento in cui gli sfregamenti compaiono come un *quid novum*, i rantoli scompaiano.

Anche questa supposizione è basata, come la precedente, sopra una coincidenza casuale che è tanto meno probabile quanto più frequente. Se devo attenermi alla mia esperienza, essa è effet-

(*) In tutti i casi di mia osservazione il versamento era siero-fibrinoso. Il Dieulafoy riferisce di aver ascoltato « sfregamenti-rantoli » anche in casi di emotorace.

tivamente frequente. Si consideri inoltre che di solito il riassorbirsi di un versamento permette di ascoltare rantoli che prima, a causa del versamento stesso, non erano udibili, e non determina la evenienza opposta.

In base a queste considerazioni è necessario ammettere che fin dal principio le crepitazioni erano di genesi pleurica.

Quest'ultima supposizione è convalidata dal fatto che fino dal principio i rumori ascoltati su quel determinato punto del torace avevano i caratteri dello sfregamento (eccettuato, come ho detto, quello di essere in relazione con una determinata fase respiratoria), tanto è vero che si erano giudicati come rantoli solo dopo, e in causa, dell'esito positivo della puntura esplorativa.

Questo è dunque l'unico argomento — contemporanea esistenza di una raccolta liquida — il quale contrasti con l'ultima supposizione. L'argomento però quantunque unico sembra sufficiente a fare scartare la supposizione stessa.

Io ritengo invece che la coesistenza di versamento e di sfregamenti pleurici, quantunque sembri a prima vista paradossale, sia in certi casi possibile.

*
* *

Una raccolta liquida interposta fra i due foglietti pleurici rende impossibile lo sfregamento quando i foglietti siano tenuti lontani l'uno dall'altro permanentemente, cioè in ogni fase della respirazione.

Questa evenienza si verifica dove la raccolta liquida è abbondante e allontana dalla parete toracica il polmone rendendolo atelettasico o spostandolo in massa.

Ma la distribuzione di un versamento nel cavo pleurico è regolata dal complesso meccanismo di fattori diversi. Importantissimo fra questi è la forza elastica del polmone. Se il polmone è elastico, si lascia comprimere dall'essudato il quale si estende in profondità piuttosto che in superficie e si raccoglie di preferenza nelle parti declivi del cavo pleurico. Se il polmone è congestionato — o se per un'altra ragione qualsiasi è meno elastico e più denso — l'essudato raggiunge un livello molto alto anche essendo scarso, e può persino avviluppare con una sottile falda liquida tutto il polmone.

L'influenza della congestione polmonare sulla distribuzione del liquido nel cavo pleurico è notissima da gran tempo. Potain e Dieulafoy (2) hanno richiamato di frequente l'attenzione sopra di essa, e il Serran (3) l'ha illustrata fin dal 1878.

Importantissimo è il recente contributo radiologico. Il Cignolini (4) ha dimostrato, prescindendo dalla questione della congestione polmonare, che il versamento arrivava fino all'apice anche in casi nei quali esiste una netta curva di Damoiseau. Questa di solito viene interpretata come corrispondente al limite superiore del versamento. Io credo che in moltissimi casi siffatta interpretazione non corrisponda al vero, e in un altro lavoro ne ho illustrato il perchè (5).

L'importanza della elasticità polmonare nei riguardi della distribuzione dell'essudato appare ancora maggiore se si consideri che l'elasticità può essere alterata in alcune parti del polmone, e in altre no; oppure più alterata in alcune parti che nelle altre. Può quindi darsi che, anche allo stesso livello e in punti vicini, il liquido abbia uno spessore diverso, cioè maggiore in corrispondenza di quelle zone polmonari che lasciandosi comprimere « gli cedono il posto », e minore in corrispondenza di quelle che non si lasciano comprimere o si lasciano comprimere meno.

A ciò si aggiunga l'intervento di un altro fattore, cioè di quello rappresentato dalle briglie pleuriche. Non prendo ora in considerazione le vere e proprie sinechie, nè gli spessi tramezzi fibrino-connettivali. Intendo invece accennare a quelle lasse e circoscritte aderenze che sono costituite da esili lacinie o dal primo trasformarsi del reticolo fibrinoso depositato sui foglietti pleurici in tessuto jalino-connettivo; e a quei numerosi e piccoli sepimenti fibrino-connettivali che si riscontrano nelle pleuriti dette *areolari*. È questo un tipo speciale di pleurite saccata, che i vecchi clinici hanno già descritto e che l'osservazione radiologica (specialmente coll'introduzione nel cavo pleurico di gas o di soluzioni oleose opache ai raggi Röntgen) ha dimostrato molto più frequente di quanto non si creda. È caratterizzato dalla presenza di numerosissime e piccole cellette, in parte chiuse, in parte comunicanti con la cavità pleurica e fra di loro. Si riscontra più frequentemente, io credo, nelle cortico-pleuriti e in alcune fasi delle comuni pleuriti siero-fibrinose tubercolari.

Finalmente, si deve anche considerare la *mobilità respiratoria* dei versamenti. Che i movimenti respiratori determinino spostamenti della raccolta liquida è stato dimostrato dai radiologi. Io ho indicato il metodo d'esame necessario per darne anche la dimostrazione clinica (5).

I movimenti respiratori possono determinare un movimento in massa del liquido, movimento di sali-scendi rivelato dallo spostarsi del suo livello superiore, e anche un movimento di *traslazione*, dimostrato radiologicamente dallo Schiffer (6).

Singoli, parziali movimenti di traslazione di masse liquide possono essere determinati dalle

speciali condizioni alle quali ho accennato. Più precisamente, io penso che se alcune zone del polmone sono congeste, anelastiche e altre no; se in alcuni tratti la retrazione espiatoria del polmone viene ostacolata da briglie fibrino-connettivali e in altri no; se si verifica insomma che la falda liquida viene sottoposta, da parte del polmone che si dilata per la inspirazione o della parete toracica che si retrae per la espirazione, a una pressione diversa nei diversi punti, allora mi pare agevole immaginare che il liquido si sposti dai punti di maggior pressione ai punti di pressione minore, compiendo movimenti in un certo senso durante la inspirazione e movimenti in senso inverso durante la espirazione.

Se si immagina che tali spostamenti vengano subiti dalle piccole raccolte liquide areolari, mi pare logico supporre che durante la inspirazione, o, a seconda delle circostanze, durante la espirazione, esse vengano per così dire spremute dalle cellette in cui si trovano in cellette vicine o nella grande cavità.

Si avveri l'uno o l'altro dei meccanismi sopra indicati, l'effetto dovrebbe essere sempre lo stesso, cioè di far sì che durante una determinata fase respiratoria venga allontanato quel sottile strato liquido il quale durante l'altra fase respiratoria impedisce ai due foglietti pleurici di sfregarsi.

*
* *

La mia ipotesi permetterebbe di spiegare non solo come sia possibile praticare con esito positivo una puntura esplorativa là dove si ascoltano sfregamenti pleurici, ma permetterebbe anche di dare una nuova e — pare a me — più ragionevole spiegazione del perchè gli sfregamenti pleurici possano talvolta essere strettamente legati a una determinata fase respiratoria.

Potrebbe inoltre servire a chiarir alcune questioni clinico-semeiotiche ancora dibattute, fra le quali io desidero ricordare qui brevemente quella delle così dette congestioni polmonari precedenti la formazione di un versamento pleurico reattivo nel corso del pneumotorace artificiale e quella del così detto crepitio rantolare respiratorio.

1) È noto che la così detta « pleurite reattiva » nel corso del pneumotorace terapeutico è una evenienza molto frequente. Talora la sua genesi è subdola, e il suo reperto costituisce una sorpresa dell'osservazione radiologica. Talora invece la comparsa dell'essudato è preannunziata da lievi sintomi generali (malessere, elevazioni termiche) e locali. Quest'ultimi consistono principalmente in lieve dolore puntorio intercostale e in crepitazioni che si ascoltano nella regione basilare del torace e che sono interpretate d'ordinario come rantoli. È appunto la presenza di questi presunti rantoli che fa passare il complesso sintomatico ora accennato sotto la etichetta diagnostica di « congestione delle basi polmonari ». Ora, io faccio osservare che tale congestione spesso sembra contraddetta dai seguenti fatti:

a) Assenza di qualsiasi altro segno della congestione stessa, mentre sono evidenti i sintomi di una flogosi pleurica.

b) Presenza dei presunti rantoli alla base del polmone anche quando le lesioni polmonari, che hanno costituito l'indicazione alla cura Forlanini, si trovano nelle parti alte.

c) Caratteri citologici del versamento. Di essi si sono occupati specialmente gli AA. francesi.

Nella bibliografia cito i più importanti lavori sull'argomento (7-12). Qui mi limito a ricordare che in una prima fase la citologia del versamento ne dimostra il carattere benigno e idiopatico. Si trovano infatti nel sedimento molte cellule endoteliali isolate o raggruppate in placche, scarsi linfociti, scarsi elementi linfocitoidi, molti eosinofili. Il liquido risulta completamente asettico, anche alla prova della inoculazione in animali da esperimento. Siffatta reazione pleurica ha dunque tutti i caratteri di una reazione essenzialmente essudativa nel senso stretto della parola, nel senso cioè di una ipersecrezione dell'endotelio.

In una seconda fase la reazione diviene, da essudativa, « citologica », come la chiamano Dumarest e Murard, e dimostra il risentimento non più dei soli elementi secretori ma di tutto il tessuto pleurico, e forse anche di quello peripleurico. In questa seconda fase l'endotelio si rigonfia, prolifera, si desquama; la superficie pleurica perde il suo aspetto speculare; fra le sue lamelle, in preda a infiltrazione leucocitaria, essuda il siero e si forma un reticolo di fibrina, la quale finisce per depositarsi anche alla superficie e successivamente condurre alla sinfisi o trasformarsi in tessuto ialino-connettivo.

Ho insistito un po' su questi dettagli per dimostrare che, mentre si riscontrano le condizioni atte, secondo la mia ipotesi, a generare sfregamenti con caratteri di rantoli non esista alcun segno che indichi la partecipazione del polmone al processo reattivo. Seguendo la mia ipotesi si viene anche ad eliminare la contraddizione sopra indicata fra il comparire dei presunti rantoli alla base e la sede più alta delle lesioni bronco-pneumoniche. Si può infatti rispondere che siccome

gli sfregamenti possono acquistare caratteri di rantoli solo quando in una fase del respiro si trova fra i due foglietti pleurici una sottile falda liquida, e siccome il liquido nei casi di idro-pneumotorace si raccoglie sempre nelle parti più declivi, così è naturale che gli sfregamenti-rantoli siano solo basilari. È anche plausibile supporre che effettivamente la reazione pleurica sia circoscritta alle basi, perchè in corrispondenza di esse è resa più facile dal fatto che ivi si trovano i seni pleurici più profondi. Nei seni i foglietti pleurici si ripiegano l'uno sull'altro donde un ricco reticolo vascolare, sanguigno e linfatico, che costituisce una condizione particolarmente adatta a richiamarvi e fissarvi un focolaio infiammatorio. (Sergent, (12)).

2) Sulla questione cosidetta « paradossale » dei rantoli crepitanti espiratori sono tornati anche osservatori recenti. Il fenomeno però era stato molto tempo fa notato da diversi AA., fra i quali cito il Penzoldt (13) e il Sahli (14).

Tali rantoli vengono chiamati paradossali perchè si ascoltano durante la espirazione, mentre, data la loro (presunta) genesi alveolare, sono provocati dal brusco distacco delle pareti alveolari collabite, e tale distacco dovrebbe essere sempre ed esclusivamente determinato dalla corrente di inspirazione. Sono dunque inspiratori rispetto alla genesi ed espiratori rispetto al tempo di comparsa.

Riporto la spiegazione del Sahli con le sue stesse parole.

« In casi eccezionali il vero crepitio [*id est*, rantolo crepitante] si ode anche espiratoriamente. Ciò dipende probabilmente dal fatto che, in circostanze particolari, una parte degli alveoli si empie d'aria durante la espirazione invece che nella inspirazione. Un po' di riflessione lascia indovinare come ciò possa facilmente avvenire. Se una parte di polmone, in seguito ad adesioni, o in seguito a parziale rigidità, per piccoli focolai di infiltrazione, respira peggio delle parti vicine, che mantengono la integrità delle loro escursioni respiratorie, può avvenire che la parte bene respirante, di fronte ad una resistenza al suo svuotamento verso le vie superiori (presenza di secreto, gonfiore della mucosa), scarichi l'aria d'espirazione nella parte mal respirante. Questa allora si gonfia, mentre il residuo polmone espira, e può dare quindi un crepitio, il quale, considerato in rapporto alla respirazione generale è espiratorio, ma considerato sulla stessa parte affetta, è in realtà anche inspiratorio ».

Con tutto il rispetto dovuto all'autorità del Sahli, la sua spiegazione non mi pare convincente. Perchè l'aria di espirazione dia luogo a rantoli scaricandosi nella parte di polmone male respirante, è necessario ammettere che le pareti alveolari di questa durante la inspirazione siano rimaste collabite. Ora, io non so capacitarmi che quegli alveoli respirino così male da non lasciarsi dilatare dalla corrente inspiratoria — la quale è forte — e si lascino poi dilatare dalla corrente espiratoria — la quale è debole.

La genesi pleurica di detti crepitii, secondo il meccanismo da me indicato, mi pare più probabile ed eliminerebbe un paradosso.

BIBLIOGRAFIA.

1. W. NEUMANN. *Die Klinik der beginnenden Tuberkulose Erwachsener*, vol. I, pag. 118. Wien, J. Springer, 1924.
2. G. DIEULAFOY. *Patologia interna*, vol. I, Milano, Vallardi.
3. SERRAN. *Rapports entre la congèstion pulmonaire et la pleurésie avec épanchement*. Thèse de Paris, 1878.
4. P. CIGNOLINI. *Il limite superiore dei versamenti medi e grandi nelle pleuriti siero-fibrinose studiate con lo Jodoleum leggiero*. Radiologia Medica, vol. XII, n. 11.
5. L. PEZZOTTI. *Semeiogenesi della curva di Damoiseau*. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1926, n. 14.
6. E. SCHIFFER. *Beitrag zur Röntgenbilde der universellen Pleuritidis*. Forstschr. a. d. Geb. der Röntgenstrahlen, Bd. XXXII, H 3-4, S. 281.
7. L. BERNARD e J. PARAF. *Le mécanisme et la nature des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax chez les tuberculeux*. Progrès médical, 1924, n. 12, e Bulletin de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose, 1914, n. 1.
8. P. COURMONT. *Les réactions humorales de la plèvre. Applications diagnostiques, etc.* Journal de médecine de Lyon, 1922, n. 10.
9. F. DUMAREST, PARODI et LELONG. *Sur la pathogénie des épanchements pleuraux du pneumothorax artificiel; étude clinique et cytologique*. Annales de médecine, 1920, n. 5.
10. ROSSEL. *La pleurésie séro-fibrineuse, complication du pneumothorax artificiel*. Thèse, Lausanne, 1920. Cit. da 11.
11. F. DUMAREST et C. MURARD. *La pratique du pneumothorax thérapeutique*. Paris, Masson e C., 1923.
12. E. SERGENT. *Les grands syndromes réspiratoires*. Paris, G. Doin, 1925, vol. II, pag. 256.
13. PENZOLDT. Cit. da SCHMIDT e LUTHJE. *Diagnostica Clinica e propedeutica delle malattie interne*. Milano, Soc. Ed. Libraria, 1913, pag. 208.
14. E. SAHLI. *Manuale dei metodi d'esame clinici*. III ed. ital., Milano, Vallardi, pag. 386.
15. MANTOUX. *Sur la localisation pleurale ou pulmonaire des bruits surajoutés. L'auscultation des culs-de-sac pleuraux*. Presse médicale, 13 septembre 1923. Cit. da E. SERGENT, l. cit., pag. 258.
16. L. PEZZOTTI. *La respirazione diaframmatica posteriore e la simulata mobilità dei margini polmonari inferiori*. Giornale di clinica medica, 1925, fasc. 18.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSP. DI S. SPIRITO IN SASSIA IN ROMA - SALA FLAIANI.
Primario: prof. FICACCI.

Su di un caso di febbre luetica terziaria.

Dott. M. BOTTALIGA, assistente.

È nozione antica che la lues possa in determinati periodi dare elevazioni febbrili. Nel periodo secondario incipiente quando l'infezione si generalizza spesso appare la febbre: è la febbre d'invasione.

Spesso modica e di breve durata passa sovente inosservata allo stesso paziente; quindi tale febbre che precede o accompagna l'eruzione della roseola è forse più frequente di quanto non si creda.

Altre volte la febbre è alta e persiste a lungo sia che assuma un tipo continuo e che unita ad altri sintomi possa essere scambiata con la febbre tifoide (Dieulafoy), sia che prenda il tipo nettamente intermittente si da poterla far scambiare con la malaria (Osler, Mc Grae). Fournier ha descritto nelle sue opere tutti questi tipi di febbri secondarie.

Su un altro tipo di febbre luetica hanno di recente richiamato l'attenzione Milian e Mouquin che hanno notato elevazioni termiche durante il periodo della sclerosi iniziale.

Più rara è la febbre sifilitica del periodo terziario: più difficile e più importante a diagnosticare poichè si unisce per lo più a lesioni viscerali della lues. È di tale tipo di febbre luetica che intendiamo di occuparci riportando un caso che a noi occorse di studiare.

La febbre sifilitica nel periodo terziario sorge usualmente senza che vi siano manifestazioni esterne e questo ne rende più difficile la diagnosi: nei casi in cui vi sono elevazioni termiche unite a lesioni specifiche a carico del retto, dei genitali esterni, delle mucose e della cute la febbre può essere attribuita ad infezioni secondarie sopravvenute su tali lesioni.

Ma generalmente la febbre insorge nelle lesioni viscerali della lues. Essa è piuttosto rara se Stern nel 1912 non ne aveva potuto raccogliere che 62 casi ben accertati ai quali si aggiunsero i 21 casi di Taussig (1916). Analizzando questi 83 casi si vede che la sifilide epatica è quella che dà la febbre più frequentemente (21 casi) poi seguono le affezioni delle ossa e articolazioni (19 casi), dei polmoni (11 casi), del sistema nervoso (6 casi) e quindi segue la sifilide ereditaria; in 11 casi non riuscì a dimostrarsi alcuna localizzazione della malattia: in questi casi si tratta di quella che i Francesi chiamano febbre luetica « pura » senza cioè alcuna manifestazione della lues, febbre che assume spesso il tipo pseudomalarico. (Jeanselme e M. Bloch). Nella febbre luetica terziaria è stata anche osservata una reazione mielogena nel sangue (Caussade, Levy-Frankel, J. Peynet).

Concorde è il giudizio che la lues epatica è la manifestazione che più frequentemente dà febbre. La mancanza di segni caratteristici per venire alla diagnosi spiega come la epatite luetica febbrile abbia portato spesso ad errore anche medici esperti: possibile è lo scambio tra colecistite ed epatite luetica poichè appunto questa può evolvere con febbre talora elevata e dolori. Riedel cita 5 casi di tale errore. Arcangeli di recente ha affermato aver visto epatiti luetiche febbrili scambiate con la calcolosi ed anche con l'ascesso epatico. Korak ha visto evolvere lesioni luetiche del fegato con febbre remittente, elevata. Anche nella lues ereditaria l'epatite può accompagnarsi a febbre: Buttenwieser e Biberfield ne osservarono 2 casi con febbre elevata a tipo intermittente che durava da lungo tempo. Anche Strumpell e Leube parlano nei loro trattati di epatiti luetiche accompagnate da febbri remittenti pertinaci e da dolori diffusi della regione epatica. Castellani vide, nei tropici, la lues epatica essere spesso confusa con l'ascesso del fegato: la febbre in tali casi era intermittente, a tipo suppurativo.

È evidente dunque che la sifilide del fegato, sia che si tratti di epatite diffusa, sia che si tratti di epatite gommosa circoscritta, è la manifestazione viscerale della lues che più facilmente dà la febbre. Dalle ossercazioni riportate si vede come questa febbre non abbia caratteri definiti: varia per durata è, in genere, se non curata, molto tenace; varia per intensità potendo aversi temperature subfebbrili e temperature elevate, varia infine per tipo potendo essere remittente ovvero, più sovente, nettamente intermittente. Tale polimorfismo della curva termica rende appunto l'accertamento della origine della febbre ancora più difficile. Caratteri utili sono che la temperatura non risente affatto delle varie cure se non della specifica e che la febbre luetica è in genere sopportata bene anche per lungo tempo senza che le condizioni del malato abbiano a decadere.

Circa la patogenesi della febbre nella sifilide del fegato questa non è punto chiara: secondo alcuni essa dipenderebbe dalle lesioni specifiche del fegato, secondo altri la febbre sarebbe la manifestazione di uno stato tossico generale. Certo è che possono aversi processi patologici che generalmente in altri organi evolvono in apiressia, che nel fegato si accompagnano a febbre: citiamo il caso di tumori maligni epatici a decorso febbrile. E così è nella lues, che nel fegato dà la febbre con più facilità. Ma questo non spiega come vi siano manifestazioni luetiche terziarie in altri organi che, benchè più raramente, diano febbre e d'altra parte come, data la frequenza di lesioni

del fegato nel periodo terziario, pure la febbre sia una evenienza piuttosto rara.

Così pure la teoria della tossiemia luetica non ci spiega lo svolgersi apirettico di alcune lues a decorso gravissimo.

La questione della patogenesi è dunque ancora insoluta: forse vari fattori entrano in giuoco per provocare la febbre nella lues del fegato, e tali fattori esercitano varia influenza secondo i casi.

Per poter indirizzarsi alla diagnosi di febbre di origine luetica bisogna prima escludere con l'aiuto di ricerche di laboratorio che possa trattarsi di un processo infettivo sia generale che del fegato e delle vie biliari. In secondo luogo bisogna accertarsi della presenza di una infezione luetica, sia con lo scoprire altre manifestazioni della lues sia con la positività delle reazioni sierologiche. In terzo luogo viene il criterio terapeutico cedendo in genere tali febbri, ribelli ad ogni trattamento, con rapidità alla cura specifica. Su questi tre punti ci si deve basare per la diagnosi in caso che ci si trovi in presenza di un luetico che ha febbre di origine non precisata.

L. S. Scheda 2141. Entra il 30 settembre 1924.

Anamnesi. — Padre morto per polmonite; la madre di parto. 5 tra sorelle e fratelli morti in tenera età per malattie imprecisabili. Mestruata a 12 anni: mestruazioni regolari fino a 2 mesi fa: da allora amenorrea.

Abita dall'estate 1923 in località malarica (Fiumicino). Maritata a 18 anni ad uomo apparentemente sano, ha avuto 5 figli, di cui 3 morti nei primi mesi di vita (2 per broncopolmonite e uno con convulsioni eclampsiche). Passò poi a seconde nozze con uomo malarico ma sano per il resto. Da questa seconda unione ebbe 2 aborti di 7 e 3 mesi.

Nel dicembre 1923 fu ricoverata in questa stessa sala per una forte crisi dolorosa all'ipocondrio destro, senza febbre. Ne uscì completamente ristabilita senza che tale crisi dolorosa sia più ricomparsa.

Da qualche tempo si lamenta di dolori alla regione epatica e dalla metà di settembre ha sempre alla sera febbre che si inizia con brivido e cade con sudore nella notte. Tale febbre nettamente intermittente raggiunge gradi elevati (38.5-39.5).

Esame obiettivo:

Donna di robusta costituzione. Stato di nutrizione ottimo: pannicolo adiposo abbondante. Colorito del volto pallido. Dentatura sana. Lingua: detersa umida; fauci: nulla di anormale. Polso uguale ritmico di media pressione e frequenza. Sensorio integro. Pupille reagenti alla luce e all'accomodazione. A carico del sistema linfatico micropoliadenia inguinale, cervicale, ascellare, Ganglio epitrocleare non palpabile.

Torace ben costituito simmetrico. *Polmoni.* Basi alla medesima altezza, 4 dita sotto l'angolo della scapola, bene mobili nei movimenti respiratori. Nulla di anormale alla percussione e all'ascoltazione.

Cuore nei limiti. All'ascoltazione si ascolta un lieve soffio sistolico dolce alla punta e sul centrum cordis. Il polmonare non rinforzato.

Addome trattabile. Dolente alla palpazione profonda tutto l'ipocondrio destro. Il fegato in alto si delimita con la percussione alla IV costa sulla emiclaveare. In basso si riesce a palpare 2 dita sotto l'arcata, dolente, liscio, di consistenza un po' aumentata.

La milza si palpa appena nelle profonde inspirazioni; in alto si delimita con la percussione alla IX costa sull'ascellare media.

Tale era lo *status* dell'inferma al suo ingresso in ospedale.

Riassumiamo il diario clinico durante la sua degenza:

Nel mese di ottobre la febbre mantenne il suo tipo regolarmente intermittente ad elevazione vespertina (sempre alla stessa ora tra le 16 e le 17 con brivido forte iniziale e con caduta verso la mezzanotte. La febbre veniva ben sopportata dalla malata che solo si lamentava di dolori diffusi alla regione epatica e che si irradiavano alla spalla e anteriormente alla regione sternale. Dolente era il punto frenico al collo. Lo stato generale permaneva, ad onta delle elevate temperature (fino a 39°.8), buonissimo; l'appetito e le forze erano conservate.

Negativa fu la ricerca del plasmodio della malaria ripetutamente ricercato. Le emocolture rimasero sempre sterili.

Le sieroagglutinazioni (tifo, paratifi, melitense) furono negative. Nel sangue lieve leucocitosi (12,000); formula leucocitaria normale. Urobilinuria.

La cura chininica (gr. 1.50 pro die), che si tentò malgrado la negatività dell'esame del sangue data la provenienza della malata e la stagione, rimase senza effetto. Così pure le altre terapie (salicilici, urotropina) non ebbero alcun effetto nella curva febbrile.

L'esame del sangue (reazione di Wassermann) risultò positivo completo.

Alla fine di ottobre cominciò una serie di iniezioni di calomelano. Solo dopo 20 giorni circa la febbre che aveva mantenuto sempre gradi elevati cominciò a cedere e si abbassò sotto i 38°. A questo punto la cura fu sospesa per una sopravvenuta stomatite. Cessato il trattamento la febbre gradatamente crebbe e tornò elevata; contemporaneamente apparve una periostite gommosa dell'osso frontale. Il 1° dicembre si riprese la cura mercuriale usando questa volta il cianuro di mercurio per via endovenosa. La febbre cadde dopo la 3ª iniezione e l'inferma tornò per la prima volta apirettica dopo 3 mesi.

Ma il riacutizzarsi della stomatite fece di nuovo sospendere la cura mercuriale dopo solo 7 iniezioni.

Quattro giorni dopo di nuovo riaccensione della febbre e un nuovo riacutizzarsi dei dolori all'ipocondrio di destra e progressione rapida della osteoperiostite del frontale che minaccia di ulcerarsi.

Si decide l'intervento con gli arsenobenzoli.

Dopo la 2ª iniezione (0.30) scomparsa definitiva della febbre.

La osteoperiostite regredisce rapidamente. Seguono le dosi 0.45, 0.60, 0.75, 0.75, 0.75 tutte bene sopportate.

Il 5 febbraio 1925 esce dall'ospedale completamente guarita dalla febbre. La R. W. permaneva però positiva completa.

Abbiamo avuto per oltre un anno in osservazione l'inferma.

Nel marzo ricevette una seconda serie di neosalvarsan dopo la quale la R. W. persistette ancora positiva. Nel maggio una serie di iniezioni di calomelano ridussero negativa la R. W.

Fece in seguito altre cure mercuriali. Nel novembre 1925 la R. W. era tornata positiva dopo che aveva tralasciato di curarsi da circa 2 mesi.

La diagnosi nel caso nostro si mostrava non facile e all'inizio della malattia non si poteva elevare il sospetto di febbre luetica.

Se un primo orientamento diagnostico fu per la malaria, lo fu per la provenienza da luogo malarico in periodo di endemia, per il lieve tumore di milza e la febbre intermittente con brivido iniziale. Ma la negatività dei ripetuti esami e la lieve leucocitosi da un lato, la resistenza della febbre al chinino da un altro lato fecero escludere ben presto la infezione palustre.

Il tipo della febbre, i dolori alla regione epatica che si erano fatti sempre più vivi fino a raggiungere il tipo colico, il lieve ingrossamento del fegato, la urobilinuria, la lieve leucocitosi fecero sospettare una infezione delle vie biliari e tale dubbio rimase più a lungo e solo in seguito eliminato dall'ulteriore decorso della malattia. Ma già si era osservato che i dolori erano diffusi a tutta la regione epatica senza che il punto cistico fosse nettamente dolente e si palpasse la cistifellea; mancava l'ittero e inoltre benchè la febbre perdurasse da varie settimane non aveva minimamente abbattuto la malata. Le emocolture rimaste sempre sterili e le sieroagglutinazioni negative stavano contro una febbre infettiva. Fu d'altra parte, quando si ebbe il reperto positivo della R. W., che si potè convalidare il sospetto di una lues febbrile. Questa ipotesi venne mano mano avvalorata dalla osservazione dei fatti. Il criterio terapeutico è qui dominante: non è solo la caduta della febbre dopo il trattamento antiluetico che noi abbiamo veduto, poichè in tal caso anche potrebbe essere stata una coincidenza, ma è il vario comportarsi della curva termica sempre in stretta relazione con le interruzioni e variazioni della cura che per varie ragioni furono fatte. Inoltre a rivelare una lues ignorata, ma bene attiva, abbiamo dopo il primo trattamento mercuriale l'insorgere di manifestazioni ossee, unico segno clinico di una lues fino allora latente.

La curva termica resistette abbastanza al primo trattamento fatto con sali mercuriali insolubili e quindi a lento assorbimento; il cianuro di mercurio per via endovenosa ebbe invece un effetto immediato benchè non duraturo data la breve durata del trattamento. Il neosalvarsan giustiziò prontamente e definitivamente la lunga e persistente piressia.

Rimane ora a vedere a quale tipo di febbre luetica potesse appartenere il nostro caso.

Abbiamo veduto i vari tipi di febbre osservati dai vari autori. Nel caso concreto è evidente che si trattava di una luetica non curata e già nel periodo terziario. Abbiamo veduto dalle statistiche come fra le varie manifestazioni sia la lues epatica più frequentemente accompagnata da febbre e come in tali casi sia possibile l'errore diagnostico con le affezioni delle vie biliari, con l'ascesso del fegato, con la malaria, con le varie febbri settiche. Tutti dubbi diagnostici che furono presenti nel nostro caso.

Il fegato ingrandito, liscio, dolente diffusamente ci fa pensare che si sia trattato di una epatite luetica diffusa.

A noi non pare che nel nostro caso si sia potuto trattare di una di quelle forme di febbri luetiche terziarie a tipo intermittente che alcuni autori francesi chiamano « pure » cioè senza alcuna localizzazione viscerale rivelabile della malattia.

La nostra osservazione clinica mostra:

1) Che si deve pensare alla sifilide nel caso di malati febbrili nei quali non si riesca a scoprire la causa della febbre, specie se un fegato ingrandito e diffusamente dolente ed una R. W. positiva facciano sospettare un'epatite luetica.

2) Che i preparati arsenobenzolici riescono a vincere rapidamente le piressie luetiche e che vengono non solo ben tollerati ma anzi rappresentano il medicamento di elezione anche nei malati con fegato compromesso dall'infezione luetica.

3) Che la R. W. può persistere nella sua positività anche dopo cure arsenobenzoliche mentre può divenire negativa solo dopo cure mercuriali che quindi sembra che abbiano su tale reazione una influenza maggiore dei composti arsenicali.

BIBLIOGRAFIA.

ARCANGELI. Policlinico, Sez. prat., 1925, 5, pag. 167.

BUTTENWIESER e BIBERFIELD. Med. Klinik, n. 47, 1924, 27 novembre, p. 1667.

CASTELLANI and CHALMERS. *Manual of tropical medicine*, p. 1914.

CAUSSADE, LEVY-FRANKEL et J. PEYNET. Bulletin de la Soc. méd. des Hôpiteaux. Paris, 9 mai 1924.

COURTEAUX. *La fièvre syphilitique*. Paris, 1871, p. 41.

DIEULAFOY. *Manual de pat. int.*, pag. 180.

DUPASQUIER. *A propos de la fièvre syphilitique*. La pratique médicale français, mai 1924.

FOURNIER. *Traité de la syphilis*.

LEUBE. *Diagnostica differenziale*, v. II, pag. 268.

MILIAN e MOUQUIN. *Fièvre syphilitique primaire* Bull. de la Soc. franç. de syphil., 9 déc. 1920.

MORIN. *Typhose syphilitique*. Paris 1888.

OSLER and MC GRAE. *The principly and pratice medecine*, p. 271.

JEANSELME e M. BLOCH. *Les pyrexies syph.* La médecine, nov. 1924.

RIEDEL. Mitth. Greuzgeb. Med. u. Chir., 1905, XIV, I, 2.

KORAK. Deut. Med. Woch., 41, 1924.

STERN. Arch. f. Dermat. u. Syph., 1912, CXIII, 1061.

STRUMPELL. *Patologia medica*, p. 376.

TAUSSIG. Surg. Gynec. and Obst., 1916, sept., p. 274.

VIOLANEIX. *La fièvre syphilitique*, 1889, p. 33.

NOTE E CONTRIBUTI.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
II PAD. CHIRURGICO diretto dal prof. O. MARGARUCCI.

Diverticolite acuta.
(Contributo clinico alla patologia del diverticolo di Meckel)

per il dott. ENRICO FRONTICELLI, assistente.

L'importanza del diverticolo di Meckel nella patologia intestinale, è attualmente fuori di dubbio, e sono note le sindromi morbose alle quali può dar luogo. Fra queste (occlusione intestinale da valvolo e invaginazione, ulcera peptica, ecc.) l'infiammazione diverticolare occupa un posto importante, ed è praticamente di molto interesse.

Flogosi acute del diverticolo furono riferite da Rayer nel 1824 (*Un caso mortale di enterite e di peritonite, determinato da un diverticolo dell'ileo gangrenato*), da Houston nel 1834, poi da Denuce nel 1847 e infine da Beale nel 1852, il quale descrisse con esattezza una peritonite acuta consecutiva alla gangrena del diverticolo di Meckel. I lavori di Galton (1872) e di Fitz (1884) sono più che altro dei contributi anatomo-patologici alla infiammazione diverticolare. Il primo ad asportare con successo un diverticolo gangrenato e perforato fu Martin, nel 1892: la somiglianza della flogosi del diverticolo con quella della appendice, fu bene lumeggiata da Piqué e Guillemon (1897) i quali parlano di una « suppurazione diverticolare simulante l'appendicite » e ne propongono l'appellativo *diverticolite*. Le osservazioni cliniche da allora si sono ripetute, e attualmente si conoscono circa 80 casi di diverticolite, affezione bene individuata anatomo-patologicamente, ma non clinicamente. Perciò crediamo sia bene rendere nota ogni nuova osservazione, per recare qualche contributo sintomatologico e diagnostico, giacchè, diremo senza eccezione, ogni caso di diverticolite è stato scambiato con la appendicite.

Tale errore non è trascurabile (benchè entrambe le affezioni richiedano una cura chirurgica) ma all'atto pratico risulta importante, come ci proponiamo di dimostrare scorrendo la casuistica e riferendo una osservazione inedita di diverticolite acuta.

* * *

Il diverticolo di Meckel, come è noto, rappresenta i resti del dotto onfalo-mesenterico, e si riscontra circa nel 2 % degli individui. Il più delle volte è costituito da un cilindro del diametro di uno e due centimetri, lungo da 4 a 10, posto sull'ultima ansa dell'ileo, a circa 50-90 cm. dalla valvola ileo ciecale; generalmente sfornito di meso e impiantato all'opposto dell'inserzione mesenteriale. La sua costituzione anatomica è quella dell'intestino tenue, del quale ha le tre solite tuniche, e si differenzia notevolmente dalla appendice per la scarsezza di quell'apparato linfatico e vascolare che in quest'ultima è abbondantissimo.

Il diverticolo di Meckel può partecipare in via secondaria alle flogosi di quel tratto di intestino in cui si inserisce; così p. es. è stata descritta la perforazione di ulcera tubercolare e tifosa nel diverticolo di Meckel. Può avvenire altresì — quando per anomalie di costituzione (eteroplasia fetale) nel diverticolo si trovano formazioni ghiandolari a tipo gastrico — che esso diventi sede di una ulcera peptica, in tutto simile all'ulcus ventriculi pepticum, e che tale ulcera possa determinare dolori, emorragie, perforazione. Non intendiamo trattare di questi capitoli della Patologia diverticolare, ma solo della *diverticolite*; di quella flogosi che è primitiva del diverticolo come l'appendicite lo è del processo vermiforme.

Le due malattie, diverticolite e appendicite, hanno, molto probabilmente, una identica patogenesi, in quanto sono determinate dall'azione settica del contenuto intestinale, e agevolate da momenti predisponenti, tra cui emerge ogni condizione anatomica che cagioni ristagno di materiali e formazione della cavità chiusa. Così piegature, briglie cicatriziali, restringimenti, coproliti, corpi estranei nel diverticolo, sono da considerare come importanti fattori di diverticolite. È raro che la diverticolite acuta risolva e magari si ripeta. Il più delle volte, ha esito sollecito in gangrena e perforazione con peritonite generalizzata; ed è molto notevole il fatto che in questa peritonite mancano spesso quei gravi fenomeni dolorifici e riflessi che sogliono accompagnare la appendicite. La costituzione anatomica del diverticolo, fa giustamente notare d'Agostino, spiega le differenze con il decorso abituale di questa ultima affezione. La appendice infatti è un organo molto vascolarizzato e fornito di un ricco apparato nervoso e linfatico; ogni flogosi, per quanto leggera, è accompagnata da una linfangine che si rivela con vivi dolori. La formazione di membrane flogistiche circoscriventi il processo infiammatorio nella appendice riesce facile e abbondante, appunto per la ricchezza di formazioni linfatiche e vascolari. Invece il diverticolo, organo rudimentale, con scarso apparato linfatico, vascolare e nervoso è poco adatto a reagire come fa l'appendice, e scarsi saranno gli essudati e la tendenza delle flogosi a circoscriversi. Una brusca perforazione potrà facilmente non essere preceduta dal sintoma dolore, in quanto la linfangite è leggera, e questa perforazione avverrà non di rado in piena cavità addominale. Esiste dunque

tra appendice e diverticolo una netta differenza di fronte all'infiammazione, che è spiegata dalla diversa struttura dei due organi. Le lesioni istologiche, tuttavia, sono le stesse. La follicolite è la lesione iniziale: segue la perifollicolite e la linfangite (Letulle): poscia le lesioni colpiscono lo strato ghiandolare, in cui fondi ciechi scompaiono talora completamente. Cade il rivestimento epiteliale della mucosa, la muscolare viene progressivamente infiltrata e i vasi presentano costantemente lesioni flogistiche. Tali alterazioni possono naturalmente rivestire diverse gravità: certo è che molto frequentemente esse portano in breve alla perforazione e alla peritonite diffusa. La rapida perforazione, il carattere generalizzato della peritonite — lo ripetiamo — sono bene spiegate da quanto fu accennato più sopra, cioè della costituzione istologica del diverticolo povero di linfatici e di vasi sanguigni, tanto da offrire scarsa resistenza al processo flogistico.

* * *

Scorrendo la casuistica, non molto abbondante, delle diverticoliti, (circa 80 casi), troviamo poche osservazioni di peritoniti circostritte da diverticolite acuta, come per esempio quella di Kramer, che osservò un ascesso in cui nuotava un diverticolo perforato, l'altra di Heyla e Stevard, e le due di Forgue e Richet che in seguito ad una diverticolite acuta notarono la formazione di una peritonite circoscritta.

Anche Korte, Antonelli, Kramer e Child riferiscono di peritoniti circoscritte da diverticolite, e il quadro clinico dei loro ammalati era assolutamente identico a quello della appendicite. Solo Beach notò dolori e difesa nella fossa iliaca sinistra, ma non pensò alla diverticolite, e Ribentisch vide un tumore duro, grosso quanto un pugno, che occupava il quadrante superiore destro, lasciando libera completamente la fossa iliaca.

Ancora più rara, diremo anzi eccezionale, è la diverticolite semplice, senza formazione di ascesso. Martin p. es. nel 1902, ha parlato di un diverticolo apportato per flogosi acuta semplice, pensando di operare una appendicite, e Wright descrive così la prima crisi di diverticolite in un ammalato che operò in seguito con la diagnosi di appendicite recidivante: dolore improvviso, diffuso a tutto l'addome, localizzato dopo qualche ora alla fossa iliaca destra, chiusura temporanea dell'alvo, lievi elevazioni termiche. In tre giorni tali fenomeni regredirono completamente.

La diverticolite semplice e quella con ascesso non sono, lo ripetiamo, le più frequenti. Nei casi di Fitz (1884), Koerte (1894), Kramer (1898), Pique (1897), Malgaigne et Blanc (1899), Calzolari (1908), G. Müller (1919), D'Agostino (1920), per non citare che i più noti, alla diverticolite — mai diagnosticata — seguì una peritonite diffusa. È però notevole il fatto che non sempre questi osservatori hanno potuto scorgere la perforazione del diverticolo asportato chirurgicamente, tanto che spesso si è pensato ad una peritonite da propagazione. Malgaique e Blanc (1899) per es. riferiscono di un giovane che fu colto improvvisamente da forti dolori alla fossa iliaca destra, accompagnati da difesa localizzata, vomito, singhiozzo, chiusura dell'alvo. Si diagnostica una appendicite, e si trova invece una diverticolite *non perforata*, ma con peritonite diffusa. Il diverticolo presentava le lesioni istologiche della appendicite. Non viene riferito l'esito.

* * *

Nel nostro caso venne commesso il solito errore, di diagnosticare cioè una appendicite acuta e di non riconoscere la peritonite diffusa, forse da propagazione, la quale decorreva del tutto o quasi del tutto asintomatica. Anzi, come nelle osservazioni di D'Agostino e di Calzolari, fu caratteristica la gravità delle lesioni anatomiche riscontrate all'atto operatorio con la apparente benignità del quadro clinico.

Riportiamo in breve il nostro caso:

C. Leonilde, di anni 48, donna di casa. Bevitrice, mangiatrice, pesa 114 kg. Ha sempre goduto buona salute e non ha sofferto di nessuna affezione addominale; 24 ore prima del suo ingresso in Ospedale, è stata presa da fortissimi dolori in corrispondenza della fossa iliaca destra, che si sono in breve attenuati, pure rimanendo sempre molesti per l'ammalata. Non vomito, non singhiozzo. Alvo chiuso, diuresi normale. Circa 12 ore dopo l'inizio della malattia, febbre preceduta da brivido (39°).

Al momento del suo ingresso in corsia (viene a piedi, ore 14), le condizioni dell'inferma sono apparentemente buone. Polso valido (88), temp. 37.7. L'addome per quanto lo consente la grande quantità di adipe, è trattabile, non meteorico, non dolente, tranne che nella fossa iliaca destra, ove il punto di M. B. è dolorosissimo alla pressione. L'alvo chiuso nelle prime ore, si è in seguito parzialmente riaperto. Diagnosi: appendicite acuta. L'ammalata viene ricoverata in corsia. Il suo rifiuto categorico ad una operazione di urgenza, considerando le buone condizioni generali, fa soprassedere all'intervento immediato. In serata polso buono, a 94. Invariate le condizioni generali e quelle dell'addome.

La mattina dipoi, temperatura 37.7. Alvo aperto, addome trattabile. Si apprezza una lieve resistenza nella fossa iliaca destra. Il punto di M. B. è dolorosissimo. Polso 110. Buono. L'esplorazione vaginale non lascia notare nulla di patologico, tranne una sensibilità alla pressione delle pliche peritoneali. Reazione di Sgambati: positiva. Il

prof. Margarucci conferma la diagnosi di appendicite acuta, e pur non riscontrando segni allarmanti, tenuto conto della aumentata frequenza del polso e di uno stillicidio sanguigno dai genitali insorto da poche ore, quattro giorni dopo la fine del normale periodo mestruale, decide di intervenire.

Narcosi cloroformica regolare, laparotomia pararettale destra. All'apertura del peritoneo fuoriesce liquido torbido, quasi purulento. Il cieco e l'ultima ansa dell'ileo sono iperemiche, quà e là coperte di recenti essudati. L'appendice, pur partecipando alla flogosi generale, è di aspetto e volume normale. Si cerca perciò altrove la causa della peritonite. Svolgendo l'ileo, viene rilevato che l'iperemia e gli essudati vanno crescendo man mano che ci si allontana dal cieco, fino a culminare presso a un diverticolo di Meckel, posto a circa 70 cm. dalla valvola ileo-ciecale. Al di là di questo i fenomeni infiammatori si vanno attenuando. Il diverticolo è grosso quanto un pollice e lungo circa 4 cm. Il suo punto di impianto, al contrario di quanto normalmente avviene, non è all'opposto del mesentere, ma ad angolo retto con quello. È inoltre fornito di un mesenteriolo fin quasi al suo apice. Le pareti esterne sono ricoperte di essudati e molto iperemiche: il diverticolo non contrae aderenze con nessun segmento intestinale. Legatura e sezione del diverticolo alla sua base. Affondamento del mòncone in sutura a borsa di tabacco, che si rinforza con un sopragitto lineare siero-muscolare. Si procede poscia alla appendicectomia. Zaffamento iodoformico. Sutura a 2 piani.

Rilievi anatomo-patologici ed istologici (in parte favoriti dal prof. DIONISI). L'appendice risulta sana. Il diverticolo di Meckel contiene materiali fecali. La mucosa è iperemica, la sierosa coperta di essudati. Non si scorgono perforazioni. Microscopicamente infiltrazione infiammatoria intensa che dalla mucosa si estende verso le altre tuniche. Una cultura in brodo della secrezione peritoneale risulta inquinata da un germe sporigeno non bene identificato.

Decorso post-operatorio. L'ammalata, il giorno dopo la operazione, presenta fatti di grave debolezza cardiaca. Si nota un focolaio congestivo alla base polmonare destra e leggero ittero. L'addome è ben trattabile. L'alvo si è aperto. I drenaggi funzionano bene. Il giorno di poi le condizioni generali vanno peggiorando. L'astenia cardiaca è gravissima. Lingua fuligginosa. Compare una eruzione maculo-papulosa, specialmente diffusa alle gambe e al petto. Pensando trattarsi di una forma setticemica, si pratica una emocultura, che però rimane sterile. Addome trattabile, alvo aperto, scarsa secrezione dai tamponi. Morte in 3ª giornata. Ritirati i tamponi, si trovano asciutti. Non si riscontra pus nella cavità peritoneale. Riesce impossibile fare la autopsia. Ma, non ostante il risultato negativo della emocultura, anche per pareri autorevoli (Carducci) si giudica che l'ammalata sia decessa per setticemia, quando già i fenomeni peritoneali erano risoluti.

Nel caso riferito, troviamo diversi elementi degni di nota.

1) Dal punto di vista anatomico, la situazione del diverticolo era anormale, in quanto non si trovava impiantato all'opposto dell'inserzione mesenterica, ma bensì ad angolo retto con quella. Inoltre il diverticolo, fatto assai raro, era fornito di un mesenteriolo ben sviluppato, che giungeva fino quasi alla punta dell'organo.

2) Dal punto di vista clinico anche nel nostro caso fu commesso il solito errore, di pensare ad una appendicite. È altresì notevole, come in parte nelle osservazioni di Müller, Calzolari e D'Agostino, che la gravità delle lesioni infiammatorie (peritonite diffusa) non corrispondesse ad una sindrome obbiettiva altrettanto grave. Nella nostra ammalata la trattabilità delle pareti addominali, la mancanza di vomito e di singhiozzo, non lasciavano supporre una peritonite; e fu solo la progressiva frequenza del polso che consigliò l'intervento. Il dolore alla pressione era localizzato con grande esattezza nel punto di Mac-Burney. Rileviamo ancora, al contrario del maggior numero delle osservazioni di diverticolite acuta concernenti ammalati di sesso maschile e di giovane età, che la nostra ammalata aveva 48 anni.

È possibile porre una diagnosi differenziale con l'appendicite? Se il diverticolo occupasse non il quadrante inferiore destro dell'addome, il sintoma dolore potrebbe indirizzarci, ma nella maggior parte delle osservazioni citate il dolore era localizzato nella zona appendicolare. Solo in qualche raro caso (Nicolson, Panchet) era a sinistra. Notiamo però che secondo taluni osservatori la massima dolenzia corrisponderebbe piuttosto al punto para-ombelicale destro e sarebbe preceduta da un breve periodo di dolori peri-ombelicali. Altri elementi possono invece essere più importanti per stabilire un criterio diagnostico almeno di probabilità. Considerando la rarità delle diverticoliti recidivanti di fronte alle appendiciti, sarà importante che l'attacco doloroso sia primitivo e non segua magari a lunga distanza altri attacchi del genere (nostro caso). La sindrome addominale — nella maggior parte dei casi riferiti — insorge bruscamente spesso con il così detto colpo di pugnale peritoneale, così che può essere confusa con la perforazione di ulcera gastro-duodenale latente. Ma nella perforazione gastrica il dolore e la difesa sono generalmente meglio localizzati nei quadranti superiori e lo pneumo-peritoneo è frequente. In seguito la leggerezza della sindrome contrasta con la gravità delle lesioni anatomiche e sogliono mancare come nel nostro caso quei gravi fatti di ordine riflesso (vomiti, singhiozzo, ecc.) che tanto spesso accompagnano l'appendicite.

La nostra osservazione, ci induce ad una considerazione pratica riguardante come si debba comportare l'operatore, quando credendo di trovarsi di fronte ad una appendicite, trovi una peritonite, e non rilevi nulla di patologico a carico

del processo vermiforme. Esclusa una perforazione gastrica, dovrà esaminare l'ultima ansa dell'ileo, pensando — oltre ai processi morbosi che sogliono colpirla con maggior predilezione (tifo p. es.) — anche alla possibilità di un diverticolo di Meckel infiammato. Emerge poi, in linea di massima, quanto sia buona pratica operare subito ogni presunta appendicite acuta, anche quando il quadro clinico non sia grave.

Riepilogando:

La diverticolite acuta assume diverse forme:

1) diverticolite semplice (assai rara);

2) diverticolite con formazione di ascesso;

3) diverticolite con peritonite diffusa (la più frequente) che può essere dovuta tanto ad una perforazione del diverticolo quanto ad una semplice propagazione del processo flogistico al peritoneo.

L'ammalato (nostro caso) può morire di sepsi, mentre i fatti peritoneali hanno risolto.

A proposito della sintomatologia della diverticolite si noti: l'attacco doloroso suole non essere preceduto da attacchi consimili; quando esiste perforazione del diverticolo è frequente il colpo di pugnale peritoneale, localizzato alla regione periombelicale o ai quadranti inferiori: assenza di pneumo-peritoneo. Se non vi è perforazione (almeno apparente, nostro caso) la mancanza di precedenti attacchi, la leggerezza della sindrome addominale anche quando si sia già stabilita la peritonite (da propagazione?), l'assenza dei gravi fenomeni riflessi che accompagnano la appendicite, infine e *a fortiori* una eventuale localizzazione all'infuori del punto di M. B. o la pregressa appendicectomia, possono essere utili criteri diagnostici.

APPUNTI BIBLIOGRAFICI.

ANTONELLI I. *Chirurgia dei diverticoli intestinali.* Riv. Veneta di Scienze Mediche, 1902.

BLANC. *Contribution à la pathologie du diverticule de Meckel.* Th. de Paris, 1898.

BEALE. Proc. of. Pathology, 1851.

CALZOLARI. Policlinico. Sez. Pratica, 1908.

CARRIÈRE. Bull. Soc. Anath., 1864.

D'AGOSTINO. Riforma Medica, 1920.

FITZ. American Journal of the Med. sc., 1884.

FORGUE ET RICHE. *Le diverticule de Meckel.* Doin, 1908.

FRONTICELLI. *Patologia del diverticolo di Meckel.* Policlinico, S. Pr., 1926.

GALEAZZI. Gazzetta medica di Torino, 1898.

MALGAIGNE ET BLANC. Policlinico, Sez. Pr., 1899.

MARGARUCCI. Bull. R. Acc. Medica di Roma, 1922.

MARTIN. *Removal of Meckel's divert. for acute inflammation.* Brit. Med. Journal, 1902.

MÜLLER. Klinische Chirurgie, 1919.

PIQUÉ ET GUILLEMONT. Congrès français de Chir., 1897.

RAYER. *Archives générales de Médecine*, 1824, p. 80.

WHRIGH. 1902, Citato da FORGUE et RICHE.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Studio sperimentale dell'anafilassi e dell'antianafilassi digestiva.

(F. ARLOING, L. LANGERON e B. SPASSITCH. *Journ. de Méd. de Lyon*, marzo 1926).

Per anafilassi digestiva si deve intendere l'insieme dei fenomeni di choc (choc anafilattico vero o choc primario) realizzati dall'introduzione per via digestiva, in prima e in seconda ingestione, di sostanze inoffensive in condizioni normali.

Tracciata la storia dei lavori clinici e sperimentali su tale soggetto, gli AA. espongono le loro critiche ai metodi di ricerca sin qui seguiti, specie per quel che riguarda la via d'introduzione e il genere di albumine usate.

Gli AA. si sono serviti solo di cavie, per il fatto che il coniglio reagisce male all'anafilassi digestiva, e il cane è poco adatto per la grande attività dei succhi gastrointestinali dei carnivori. Gli antigeni sono stati rappresentati da sostanze non modificate all'atto della somministrazione (siero di cavallo, latte di vacca bollito, olio d'uliva, soluzioni di glucosio, antipirina e chinina) e da prodotti di digestione artificiale delle proteine ottenute partendo da albumine diverse sottoposte alla digestione triptica biologica, oppure all'idrolisi chimica alcalina. In massima parte si trattò di soluzioni isotoniche al 10 % dei diversi peptoni.

Quanto alla tecnica dell'ingestione preparante tutto si limitò alla mescolanza intima di 3 cmc. di tali soluzioni al pasto giornaliero; e ciò per 8 giorni di seguito, lasciando poi la cavia per altri 12-17 giorni a regime normale.

L'aggiunta di bile fresca di bue al pasto sensibilizzante, in dose di 3 cmc. al giorno, si dimostrò utile per facilitare l'assorbimento delle albumine eterologhe al livello della mucosa intestinale.

Trascorso il periodo d'incubazione si fece ingerire alla cavia sensibilizzata un'altra razione di cibo contenente 3 cmc. di soluzione di peptone e 3 cmc. di bile.

Le forme di anafilassi che fu in tal modo dato di osservare sono varie:

1) Anafilassi digestiva acuta, col quadro conosciuto dello choc anafilattico minore, con predominio dei sintomi cutanei (prurito, orticaria) come si osserva in clinica umana. Una lesione polmonare anteriore, costituendo una « spina respiratoria », imprime al quadro un aspetto prevalentemente respiratorio.

2) Choc proteico digestivo di prima ingestione, o choc primario, con sintomatologia meno accentuata e ad evoluzione più breve. Tale choc è nella sua essenza identico al precedente, differenziandosene solo per il fatto che nel primo caso la sensibilità è naturale, nel secondo acquisita.

3) Anafilassi digestiva cronica, per chocs in serie, realizzata somministrando ogni 15 giorni uno stesso pasto di prova. Si assiste allora alla manifestazione di chocs d'intensità sempre minore, fino a che, dopo 3 mesi circa, l'animale si mostra refrattario all'eccitazione digestiva, e ciò è dovuto tanto all'immunità locale della mucosa intestinale, quanto all'immunità in genere.

Seguitando a nutrire la cavia coi soliti pasti sensibilizzanti, dopo qualche settimana riappariscono gli chocs digestivi. Tale nuova fase è forse dovuta all'affievolimento delle difese antitossiche organiche per lesioni della mucosa dell'intestino e del parenchima epatico.

4) Anafilassi digestiva passiva, per trasmissione tra due specie di animali differenti. Le ricerche in tal senso sono state tutte negative.

Per quanto riguarda le condizioni patogenetiche generali dell'anafilassi digestiva, sono da considerarsi vari fattori. Cioè, in primo luogo, l'azione della bile eterogenea, la quale provoca probabilmente delle lesioni istologiche passeggere, o per lo meno una perturbazione delle funzioni di assorbimento e di elaborazione intestinale, aumentando così la permeabilità della mucosa. Uno studio istologico minuzioso dell'intestino gracile durante l'anafilassi digestiva ha permesso agli AA. di confermare questa veduta. Sorpassata in tal modo la barriera intestinale, la sostanza proteica incontra il fegato, al quale è classico attribuire una funzione proteopessica, per cui le albumine eterogenee verrebbero arrestate. Ora accade che, in seguito alle ingestioni ripetute di sostanze proteiche, il fegato perde tale funzione, perchè le cellule epatiche si alterano vacuolizzandosi. Nell'anafilassi digestiva cronica il lobulo viene addirittura leso in maniera diffusa.

Gli AA., variando in più di 70 maniere le condizioni sperimentali, e realizzando stati di anafilassi diretta e crociata, hanno potuto constatare che nella produzione dei fenomeni anafilattici di origine digestiva non esiste una specificità rigorosa, e tali constatazioni hanno il loro riscontro nei fenomèni di antianafilassi e di disensibilizzazione. D'altro canto, realizzata la sensibilizzazione, l'intensità dello choc è regolata dalla qualità della sostanza scatenante.

Il saggio della sensibilizzazione per mezzo di cutireazioni non è riuscito, forse a causa della specie animale sulla quale si esperimentò.

Gli AA. hanno voluto poi studiare anche l'antianafilassi digestiva sperimentale, dividendo i resultati in due gruppi.

Il primo gruppo comprende gli esperimenti di disensibilizzazione per mezzo di una dose minima di antigene, somministrata in una volta (per es., una goccia di soluzione di peptone al 10 %, o a dosi frazionate somministrate per via gastrica, sottocutanea, transcutanea o peritoneale.

Tale disensibilizzazione non ha carattere specifico, ma è resultato che le sostanze omologhe proteggono meglio delle eterologhe. La sua durata è breve, e dopo circa una settimana scomparisce. Si tratta perciò piuttosto di una preservazione temporanea, cui si addice la denominazione di « scheptofilassi ».

Il secondo gruppo comprende esperimenti di disensibilizzazione per mezzo di somministrazione prolungata d'antigene. Si produce così uno stato refrattario per un processo duplice; l'immunizzazione progressiva del sistema sensibile alle eccitazioni proteiche (sistema nervoso della vita di nutrizione) e la realizzazione di un atto di difesa locale a carico della parete intestinale e del fegato. Anche in tal modo non si stabilisce però un vero e proprio ritorno allo stato normale, sì che si può parlare piuttosto di immunizzazione, di durata più o meno lunga.

Come conclusione del loro lavoro, riportando i fatti sperimentali all'osservazione clinica, gli AA. si dichiarano partigiani di un concetto unitario, comprendente l'idiosincrasia, l'intolleranza e l'anafilassi, espressioni diverse di uno stesso stato d'ipersensibilità.

M. FABERI.

Milza, sistema reticolo-endoteliale e disintossicazione.

(MARCEL HAEUDEL e ENRIQUE ROSENZNAIG. *Deutsche med. Woch.*, 19 febbraio 1926).

È nota già da lungo l'azione del fegato quale organo di disintossicazione dell'organismo e specialmente dagli autori francesi fu sostenuto, che un danno del fegato dava luogo a numerosi sintomi e complessi sintomatici. I veleni sia organici, che chimici, attraversando la barriera del fegato vi sono trattenuti o indeboliti. Numerose esperienze e osservazioni condussero a considerare il fegato come l'organo che gioca la parte più importante nei processi di disintossicazione, che sono in parte fenomeni fisico-chimici e chimici, e potrebbe trattarsi di assorbimento dei veleni nelle cellule epatiche, di combinazioni chimiche, distruzione o trasformazione in sostanze innocue; di questi processi i meglio conosciuti sono la formazione delle urine, e le combinazioni

degli acidi solforico e glucuronico. Händel in una precedente comunicazione su questi acidi venne alla conclusione che soltanto in malati di atrofia acuta o subacuta del fegato si aveva una notevole diminuzione della combinazione dell'acido solforico, mentre questa era quasi normale in itterici catarrali o cirrotici; da ciò l'A. concluse che oltre al fegato devono essere colpiti in maniera acuta anche altri organi. Delle esperienze condotte anche col chinino, portarono agli stessi risultati. Allora bisognò pensare ad un sistema di organi che potessero assumere la funzione del fegato e come *Motohasi* trovò che nella splenectomia, fegato e midollo osseo assumevano la produzione di anticorpi, in questo caso fosse la milza ed il sistema reticolo-endoteliale, che assumevano la funzione del fegato.

In base a queste premesse gli autori intrapresero delle esperienze in topi in cui il sistema reticolo-endoteliale era ridotto con la splenectomia o col bloccaggio con metalli colloidali o contemporaneamente con ambedue questi sistemi e si procede alle intossicazioni con stricnina, chinino e cocaina. I risultati con la stricnina ed il chinino furono pressochè nulli; invece da quelli con la cocaina si ebbe una netta differenza fra gli animali sani e quelli smilzati o bloccati. Queste esperienze indicano la partecipazione del sistema reticolo-endoteliale alla disintossicazione degli alcaloidi dell'organismo e che la parte del fegato che è preposta a questa funzione, sono le cellule di Kupfer.

VIDULICH.

NEUROLOGIA.

Etiologia e patogenesi della sciatica.

(KLEIN *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1925, n. 39).

Lindstedt di Stoccolma in questi ultimi anni ha sviluppato in numerosi lavori una nuova teoria sulla patogenesi della sciatica, secondo la quale nella grande maggioranza dei casi si tratterebbe di una nevralgia riflessa ossia di un fenomeno d'irradiazione. La sciatica idiopatica o primaria che dipende da alterazioni neuritiche dello sciatico è relativamente rara in confronto della sciatica secondaria o sintomatica. Quest'ultima finora era riferita all'azione meccanica esercitata sul tronco nervoso da parte di processi morbosi localizzati in vicinanza del tronco stesso. Tumori, processi infiammatori, varici ed altri fatti morbosi comprimendo il tronco o le radici del nervo produrrebbero i fenomeni dolorosi, che per altro sarebbero prodotti anche da diffusione dei processi infiammatori al nervo. Le ricerche di Lindstedt attribuirebbero a questo gruppo di sciatiche un'altra patogenesi.

L'A. ha studiato nella Clinica Medica di Praga 105 casi di sciatica. Di questi 19 presentavano sintomi di neurite dello sciatico consistenti in indebolimento del riflesso patellare ed achilleo, atrofia, debolezza motoria, disturbi sensitivi. In quasi tutti i casi si trovò che la neurite sopravvenne in seguito ad infezioni (influenza, tifo, dissenteria, tonsillite); in un caso fu consecutiva ad un trauma.

Gli altri 86 casi non presentavano sintomi neuritici. E tra questi, si notarono alterazioni che davano ragione della sindrome sciatica, come carie vertebrale, poliartrite reumatica, artrite deformante, coxite, anomalie della statica, cifosi abnorme, scoliosi, lordosi, piede piatto, e meno frequentemente varici, ernie, affezioni ginecologiche, emorroidi gravi, ptosi addominale. Solo in due casi di questo gruppo si constatarono successivamente sintomi neuritici. Negli altri casi mancava ogni segno di lesione del tronco nervoso; il dolore era l'unico sintoma.

Le osservazioni su accennate costituirebbero fino ad un certo punto la conferma delle vedute di Lindstedt sul modo di produzione della sciatica. In tutti i casi di sciatica con alterazioni morbose secondarie dell'estremità inferiori o del bacino, queste erano localizzate allo stesso lato del dolore. Una pressione diretta del tronco nervoso, come causa meccanica di lesione del nervo, deve essere esclusa per la maggior parte delle accennate affezioni (reumatismo articolare, ernie, piede piatto, ecc.). Nè è accettabile la ipotesi che altre affezioni secondarie come le varici ed i tumori degli annessi possano provocare una lesione meccanica del nervo.

D'altra parte per tali casi si potrebbe accettare la patogenesi meccanica della sciatica solo se fossero presenti altri sintomi della nevrite traumatica come atrofia e debolezza muscolare, disturbi dei riflessi e della sensibilità.

Bisogna infine ricordare che autori americani ed inglesi, che hanno praticato esami istologici in numerosi casi di sciatica, non hanno mai constatato alcuna lesione del tronco nervoso.

All'opinione di Lindstedt corrisponde anche il fatto che la maggior parte delle sciatiche con le così dette alterazioni secondarie sono da considerare dipendenti da processi morbosi localizzati nel campo di distribuzione dello sciatico, analogamente a quanto avviene nelle neuralgie riflesse nel senso di Mackenzie. Tali processi morbosi in relazione con un'ipersensibilità centrale dipendente da costituzione neuropatica producono le forme più caratteristiche di sciatica. Deve essere anche notato che questa ipersensibilità centrale o dispo-

sizione neuralgica può essere causata da sforzi o stanchezza muscolare prolungata. Questa stanchezza cronica può essere determinata da tutte quelle anomalie delle ossa, dei legamenti e delle articolazioni (poliartrite, piede piatto, coxite, scoliosi) che provocano abnorme iperfunzione di determinati gruppi muscolari (fissazione permanente nelle affezioni articolari dolorose, correzione nella scoliosi e nel piede piatto, ecc.). E si comprende facilmente come tale contrazione permanente provochi stanchezza e notevole irritabilità anche nelle sfere sensitive dei segmenti corrispondenti. Occorre aggiungere che con lo stesso criterio patogenetico si può spiegare la sciatica che si verifica in individui obesi, in quanto l'alterazione della distribuzione del grasso ed il conseguente spostamento dell'equilibrio corporeo determina l'iperfunzionalità e la stanchezza di alcuni gruppi muscolari.

Adunque nella maggioranza dei casi di sciatica si tratta di una neuralgia riflessa, analogamente a quanto avviene nella neuralgia del trigemino, che sopravviene in seguito ad affezioni di ossa e parti molli che si trovano nel campo di distribuzione del detto nervo (lesioni dentarie, affezioni nasali. ecc.). Bisogna tuttavia tener presente certe differenze della specie di fenomeni dolorosi tra sciatica e neuralgia del trigemino. Mentre in questa il dolore è nettamente accessionale, nella sciatica il dolore è continuo pur avendo di tanto in tanto esacerbazioni. L'analogia tra le due neuralgie consiste essenzialmente nella irradiazione del dolore e nel fatto che il dolore è localizzato dallo stesso lato delle alterazioni morbose.

Comunque vi sono casi, nel materiale studiato dall'autore 18 casi, nei quali la sciatica non è accompagnata da lesioni neuritiche, nè da alterazioni morbose secondarie, e nei quali pertanto la patogenesi rimane del tutto oscura.

DR.

Il cordoma.

(COENEN. *Bruns' Beitr. zur Klin. Chir.* Bd. 133, H. I.)

Il cordoma è un neoplasma da resti cellulari della corda dorsale embrionale. Essa come è noto si estende dalle prime vertebre al coccige e scompare con lo sviluppo della colonna vertebrale rimanendo qualche residuo in corrispondenza del dente dell'epistrofeo insieme col ligamentum apicis dentis. Oltre questi resti fisiologici si possono riscontrare altri patologici nella parte craniale o caudale della colonna, sotto e sopra la base, intorno all'epistrofeo, al coccige. Questi residui sono stati studiati nei feti e neonati da Müller, Linek e Warstat. Da questi resti si possono sviluppare tumori, cordomi, che a seconda della posizione possono distinguersi in: cordomi craniali (del clivus, dell'ipofisi, nasofaringei, del dente); cordomi vertebrali (rari); cordomi caudali o sacrococcigei (antinsacrali, retrosacrali, centrali). I cordomi del clivus sono distinti in benigni e maligni: i cordomi benigni della letteratura sono 21. Il primo fu descritto da Virchow (1846) sotto forma di tumore con cellule vescicolari impiantato nel clivus di Blumenbach e che si estendeva verso la sincondrosi sfeno-occipitale. Ad esso seguirono i casi di Luschka, Hasse, Zenker, Sangalli. Questi tumori presentavano 4 caratteristiche: la sede verso la base, l'aspetto gelatinoso come bile, l'impianto in una piccola esostosi, la presenza di cellule vescicolari dette da Virchow fisalifore. Ad essi Virchow diede il nome di: Ecchondrosis physaliphora sfeno-occipitalis interpretando le cellule fisaliformi come cellule cartilaginee. Con gli studi di Müller (1858) sui resti della corda dorsale venne assodato che il tessuto non era cartilagineo ma di cellule della corda, onde il Müller denominò tali tumori cordoidi o cordomi. Ma con gli studi di Klebs si tornò a far prevalere l'idea di Virchow finchè Ribbert e Steiner (1894) non dimostrarono la idea di Müller con l'assodare che: i tumori del clivus si svolgevano esattamente mediani, nel posto della corda dorsale, mentre le esostosi da resti cartilaginei potevano giacere lateralmente, in nessuno poterono dimostrare la provenienza dalla cartilagine, le cellule fisalifore somigliavano istologicamente a quelle dei residui della corda descritti da Kölliker. Ribbert abbandonata la via delle statistiche anatomiche, fece degli esperimenti nei conigli sui quali staccò il cosidetto nucleus pulposus, noto come residuo della corda, dal coccige e dal tessuto così distaccato ebbe segni di proliferazione con la formazione di noduli neoplastici fino alla grandezza di ciliegie che avevano dei punti di contatto con i tumori del clivo. Secondo Ribbert le cellule fisalifore non contenevano aria o gas, ma vacuoli con prodotti di secrezione cellulare che da Nebelthau furono definiti come glicogene.

Dai 21 casi di cordomi benigni tratti dalla letteratura si può desumere che: da resti non assorbiti della corda dorsale, spesso in vicinanza di esostosi, nella parte basilare del clivus si sviluppano corpi da una ciliegia ad una noce che prendono rapporto con l'aracnoide o con l'a. basilare; alcune volte hanno sede sottodurale, qualche volta perforano la dura. Oltre che esostosi si possono rinvenire frammenti di tessuto cartilagineo in connessione con le cellule fisalifore, ciò che spiega l'antica interpretazione di Virchow. Questi tumori, pur avendo perforato la dura, non presentano caratteri destruenti. La perforazione è apparente poichè tali tumori accoppiandosi con eso-

stosi che circondano ad anello possono svilupparsi sia endo che estraduralmente. Istologicamente i cordomi benigni sono caratterizzati dalle cellule fisalifere poste in una sostanza intercellulare omogenea o stratificata creduta da Virchow come mucina. Secondo Nebelthau si possono trovare ancora cellule poligonali senza vacuoli, che si trovano più spesso nelle modificazioni maligne. Come fenomeni regressivi si possono riscontrare delle cisti, che furono trovate in tutti i suoi tre casi da Nebelthau.

Il cordoma maligno del clivo si distingue dal benigno principalmente per la sua grossezza, per l'invasione nel cervello e per il suo accrescimento destruente. In sito dà i segni dei tumori della base con compressione midollare e quindi paresi dei vari nervi, qualche volta esoftalmo, emianopsie a seconda l'estensione più o meno grande del tumore. I casi studiati in vita come tumori maligni sono stati diagnosticati per cordomi soltanto alla sezione. Nella letteratura ne esistono 14 casi. Questi tumori si sviluppano lentamente. La maggior parte dei pazienti colpiti aveva l'età sopra i 30 anni. Il numero è uguale nei due sessi. Dall'inizio dei sintomi alla fine si hanno diversi periodi: in alcuni il decorso è di un anno, in altri da 4 a 5 anni ed ancora più fino a 12 anni. La forma è varia e quando si estende molto il tumore raggiunge la sella turcica, la cavità orbitale, la nasale, la massa cerebrale. Dove giungono distruggono i tessuti sia osso, sia sostanza nervosa. Con la distruzione dell'osso basilare possono far sporgenza nel retrofaringe. Dapprima i cordomi del clivus si accrescono espansivamente, senza distruggere e solo negli ultimi stadi acquistano accrescimento aggressivo. Con predilezione come i sarcomi delle ossa, penetrano nei vasi sanguigni per es. nelle vene della pia, nel seno cavernoso. I sintomi clinici di questi tumori sono: dolori nell'interno del cranio, alla nuca, alla fronte, lungo il trigemino, vomito, nistagmo, delirio, aumento dei riflessi tendinei, papilla da stasi. Per paralisi dell'abducente si può avere strabismo e visione doppia, per quella del III, IV, VI olftalmoplegia, ineguaglianza e rigidità delle pupille, da un solo lato o da tutte e due gli occhi se il tumore invece che a sede laterale è mediano. Si possono avere dolori, ipoestesia, nel territorio del trigemino, anestesia della cornea e della congiuntiva quando il tumore ha raggiunto il ganglio di Gasser e le sue radici. Si possono riscontrare alterazioni nel territorio del facciale, dell'acustico, del nervo accessorio e dell'ipoglosso con indebolimento del m. trapezio ed emiatrofia della lingua. Spesso si hanno alterazioni tonico-cloniche degli arti, emiplegie ed emiparesi spastiche, emianestesie. Per compressione del chiasma e del tratto ottico si ha emianopsia, e per reazione del cervelletto dallo sviluppo del tumore verso tale organo l'atassia cerebellare (andatura barcollante, caduta ad occhi chiusi, adiadococinesia). La protrusione del bulbo e la chemosi si ha quando il tumore invade la cavità orbitaria, le emorragie e le alterazioni dell'olfatto quando raggiunge la cavità nasale. L'anosmia centrale è rara, e così quella per compressione diretta del bulbo olfattorio. Negli ultimi tempi i pazienti possono presentare sonnolenza, apatia, sintomi bulbari oltre che disartria ed alterazioni del polso. La morte avviene per lo più in coma. I segni più precoci sono quelli della sfera visiva.

La diagnosi di cordoma della base è stata finora fatta solo due volte in vita mediante l'escissione di un frammento. Senza la ricerca istologica la diagnosi di cordoma del clivio si può appena porre. La diagnosi è sempre di un tumore della base e solo come possibilità si può ammettere il cordoma. L'esame radiologico che è stato fatto due volte ci può mostrare erosioni ossee e del clivio, della sella turcica. L'unico caso finora operato e guarito è un cordoma del clivio della grandezza di una mandorla, dovuto ad Argaud e con il miglioramento della conoscenza su questi tumori si possono aumentare i casi. Per la terapia si deve distinguere il comportamento della dura e del clivio. I cordomi del clivio intradurali si devono operare come i tumori del cervelletto e dei peduncoli cerebellari con ablazione di una parte della squama occipitale ed apertura della dura, una via descritta da Argaud. I cordomi del clivio subdurali vengono aggrediti ed estirpati senza apertura della dura dopo l'ablazione della metà della squama occipitale sotto il seno trasverso. In altri casi si può utilizzare la via occipitale.

I cordomi ipofisari possono essere propagati dal clivio ma l'interesse maggiore è di quelli primitivi di cui esiste un caso operato da Spiess. Si trattava di un paziente di 28 anni che da tre mesi soffriva di cefalea e diminuizione della vista, senza papilla da stasi ma con emianopsia bitemporale. La malattia si localizzava intorno al chiasma, ma per la mancanza dei sintomi ipofisari si poteva anche escludere un processo delle vie cerebrali. Con l'esame radiologico si notava svasamento della sella turcica ed irregolarità dei processi clinoidei. Spiess seguì la via nasale abbattendo il setto, la parete sfenoidale ed aprendo la cavità sfenoidale. Asportata la parete anteriore vide una membrana bianca. In un secondo tempo, fatto un taglio nella membrana, trovò una cisti che asportò tamponando il cavo con garza iodoformica. La cisti aveva la grandezza di una noce avellana. Subito dopo cessarono i dolori di testa ed il *visus* migliorò. L'esame istologico ri-

velò trattarsi di un tumore con cellule della corda dorsale.

I cordomi ipofisari sono caratterizzati per la compressione del chiasma da emianopsia mono- o bitemporale come i tumori dell'ipofisi, di cui mancano però le alterazioni endocrine, acromegalia e distrofia adiposo-genitale. La cefalea si ha fin dall'inizio. Sono interessanti le alterazioni radiologiche della sella turcica. La natura del tumore non si può diagnosticare che con l'esame anatomico.

Il cordoma naso-faringeo può essere secondario a quello del clivio che attraversato l'osso basilare viene a fare sporgenza tra la mucosa e la faccia ventrale del clivio come nel caso descritto da Linck diagnosticato dopo l'esame di un frammento escisso. Il tumore si estendeva sotto e sopra il clivio e quindi oltre la prominenza del retrofaringe dava i segni di un tumore della base con paresi e paralisi di nervi cranici. Può essere primitivo con formazione d'una tumefazione nella cavità nasale che ostacola la respirazione e che si sviluppa da relitti ipobasali, retrofaringei di corda. Ne sono riportati 4 casi nei quali la diagnosi fu fatta con l'esame istologico. Tutti furono operati e furono seguiti da recidiva. In uno fu applicato il radio senza successo.

Il cordoma del dente dell'epistrofeo è stato finora osservato una sola volta da Fischer in un giovane di 16 anni che aveva presentato: paresi del braccio sinistro, clono del piede con dolori alla nuca. Credendo trattarsi di una spondilite tubercolare fu fatta una fasciatura estensiva. Più tardi seguirono paresi di tutte e due le braccia e clono di ambo le gambe, tendenza della testa a cadere a sinistra, deviazione dell'occhio sinistro e della lingua verso destra, doppia papilla da stasi e poi morte improvvisa. Alla sezione praticata da Steiner si trovò un tumore che si estendeva dall'epistrofeo al clivio ed al forame occipitale comprimendo il bulbo ed il midollo ed inglobando l'abducens sin. e l'ipoglosso. Il tumore studiato istologicamente da Fischer fu interpretato come un cordo-sarcoma. La sede primitiva sull'epistrofeo è convalidata oltre che dal reperto anatomico dal decorso dei sintomi coi caratteri dapprima di una spondilite, cui seguirono poi i segni cerebrali coi disturbi dell'ipoglosso, vago, oculomotore e abducente. Tale possibilità è anche in armonia con gli studi di Müller che trovava frequenti i resti di corda sul dente dell'epistrofeo. In un secondo tempo i cordomi del dente si confondono con quelli del clivio ma in principio sono distinguibili; quelli del clivus iniziano coi segni oculari e dei nervi della base, quelli del dente coi segni degli arti.

Il cordoma vertebrale è una rarità. Due osservazioni appartengono a Luschka con sede nella colonna lombare; venivano fuori dal *nucleus pulposus* e sotto il *ligamentum longitudinale posterius* spuntavano di fronte al canale vertebrale. Heine (Praga) estirpò dalla parete anteriore della colonna cervicale un tumore peduncolato della grandezza di un fico e che mostrò le caratteristiche cellule vescicolari e che da Klebs fu descritto col nome di condroma cordale. Morpurgo ha descritto un voluminoso cordoma della colonna lombare in un topo osteomalacico.

Il cordoma caudale è di conoscenza più recente di quello craniale e si annoda ad una pubblicazione di Feldmann del 1910 seguita da casi operati, raggiungendo una casistica di 26 complessivi di antesacrali, retrosacrali e centrali.

I cordomi antesacrali sono 13. Essi hanno sede tra il retto ed il coccige nello stesso punto o più in alto di dove si sogliono trovare i teratomi coccigei che, come riferisce Hennig, possono contenere tessuto cordale. Si possono estrinsecare nella punta del coccige o verso la parete del retto o del sigma. Sul loro sviluppo hanno influenza i traumi, come le cadute. Come sintomi possono dare dolori lancinanti, alterazioni della minzione e della defecazione fino alla incontinenza quando avviene l'infiltrazione neoplastica, e finalmente i segni di un carcinoma del retto. Le recidive sono seguite in 6 su 13 ed al massimo dopo due anni con proprietà maligne infiltrative locali e qualche volta metastasi a distanza nel peritoneo viscerale e sulle ghiandole cervicali, negli organi (reni, pancreas, ecc.) nel tessuto sottocutaneo.

I cordomi retrosacrali sono in numero di 8 e sono altrettanto maligni di quelli anteriori. Anche per questi il sesso maschile è più colpito. Possono raggiungere delle dimensioni enormi al di sopra di una testa di feto. In qualcuno si rintraccia il trauma; la recidiva si ha facilmente, quando sono grossi possono dare alterazioni sui nervi sacrali. Degli operati due morirono in collasso, un altro con recidiva locale e metastasi con polmonite. Cordomi sacrali centrali ne esistono 4 casi in uomini adulti per lo più verso il 60° anno che presentavano disturbi nervosi. I risultati operativi di questo gruppo sono cattivi: nel migliore dei casi operato da Poel si ebbe la recidiva in mezzo anno e in quelli operati da Perthes e da Boit non si potè evitare una infezione della ferita.

Nella etiologia di questi gruppi di tumori rientrano i forti traumi nel coccige. I disturbi nervosi sono sensitivi e motori; nevralgie nella regione delle natiche con accessi intermittenti e ciò forse in rapporto con flussioni periodiche nel territorio della vena e arteria ipogastrica e colla ripienezza

della vescica e del grosso intestino. Si può avere l'*incontinentia alvi et urinae*. Anche le alterazioni motorie sono a carico della vescica e del grosso intestino, con disuria, pollachiuria, contrazioni vescicali e coliche.

Anatomia patologica. La caratteristica istologica descritta da Virchow è quella delle cellule fisalifere costituite da una membrana con un nucleo spinto per lo più da una parte e vario di aspetto: alcune volte presentano una grossa vescicola, altre volte tante piccole, oppure una grossa centrale e tante piccole periferiche. Esse provengono da cellule rotonde più piccole con contenuto granuloso e nucleo ovale. Un tessuto fibroso costituisce l'impalcatura del tumore. Con le reazioni microchimiche si è stabilito che nei vacuoli è contenuto glicogeno. Nella parte principale dei piccoli tumori si trovano le cellule della corda che sono di due categorie; con forma poligonale e nucleo grosso, ovale, con vacuoli più o meno grandi fino all'aspetto di vescicole. Si possono trovare in mezzo anche cellule ossee che si confondono con le cellule del cordoma. Per lo più il cordoma maligno è circondato da una capsula connettivale che manda nell'interno dei sepimenti dividendolo. Il tessuto è grigiastro e leggermente bruno, di aspetto trasparente, gelatinoso, non raramente contiene delle cisti o è tutto trasformato in una cisti. Oltre le cellule fisalifere sono state trovate cellule stellate con vacuoli che si possono considerare come aspetti ameboidi delle cellule cordali. Spesso si trovano cellule in sincizio ed altre volte cellule fusate con caratteri sarcomatosi. Il carattere blastomatoso è dato dal polimorfismo, dall'atipia, dalle numerose mitosi con conformazione atipica o pluripolare. La sostanza intercellulare amorfa è alle volte tanto ricca da formare delle isole. Essa è secondo alcuni formata da mucina, per altri di glicogeno essendo formata dalle cellule che si rompono. L'accrescimento destruente dei cordomi maligni viene dimostrato con la penetrazione osservata dai vari autori nelle vene e nelle vie linfatiche, nella pia, nei fasci muscolari, nelle ossa o colla formazione di metastasi. La differenziazione istologica fra il cordoma maligno ed il benigno è molto difficile e non bastano i dati dell'accrescimento invadente, delle mitosi, ecc.

È sorprendente la rarità della formazione di metastasi pur essendo stati osservati zaffi di cordomi invadenti le vene e i linfatici. La malignità dei cordomi maligni non sta nella metastasia, ma nella possibilità di recidiva locale. Nel mezzo del tessuto del cordoma sono stati trovati spesso elementi ossei che per alcuni sono residui di osso invaso, per altri fasi di trasformazione di un tessuto osteogeno. R. BRANCATI.

ORGANI DIGERENTI.

Diagnosi del carcinoma gastrico.

(GLAESSNER. *Die Krebskrankheit*, Springer, Vienna 1925).

È nota la grande frequenza del carcinoma dello stomaco che vicino a quello del retto rappresenta per l'uomo quello che nella donna si ha nella mammella e nell'utero.

È in discussione se vi infuisca l'ereditarietà. Boas ed altri autori antichi ne dubitavano; è certo però che il carcinoma gastrico si verifica spesso nei discendenti.

L'età pur avendosi dei casi a 14, 19, 23 anni è d'ordinario quella dai 40 ai 50 anni. Il modo di vita ha certamente una influenza nella insorgenza. È falsa l'opinione che l'alimentazione carnea favorisca il carcinoma gastrico poichè si sviluppa anche nei vegetariani. L'insorgenza può essere subdola o brusca. L'appetito ha pure comportamento vario potendo in alcuni casi essere conservato fino negli ultimi stadi. I segni clinici generali comprendono: sintomi subiettivi come debolezza generale, dolori nella regione gastrica, mancanza di appetito, stimolo al vomito; sintomi obiettivi come il vomito che però è un segno tardivo, alle volte con sangue, feci scure, cachessia, abbassamento di peso e della temperatura, l'anemia con carattere di anemia secondaria distinguibile da una anemia perniciosa o secondaria ad emorragia da ulcera per la mancanza di urobilinogeno. I segni locali sono tardivi; la presenza di un tumore, la grandezza, la posizione, la spostabilità, la dolorabilità, la forma, la consistenza sono caratteristiche per un carcinoma. Riguardo alla grandezza vi sono tumori voluminosi operabili, mentre altri piccoli, come ciliegie, sono già metastatizzati. Spesso si hanno metastasi linfatiche, specialmente sopraclavicolari. Segni chimico-biologici ci vengono dati dall'esame del succo gastrico nel quale istologicamente si possono notare mitosi cellulari, corpuscoli del sangue e col pasto mancanza d'acido cloridrico (90 %), presenza di acido lattico (da mettere in evidenza col metodo di Hopkins). La presenza dell'acido lattico però non è un segno assoluto potendosi trovare in altri casi di ritenzione. La presenza costante dell'acido cloridrico parla per un'ulcera, la mancanza o la diminuzione per un carcinoma. In circa il 25 % dei carcinomatosi si trova acido cloridrico libero e molte volte ciò fa pensare all'ulcera che si trasforma in carcinoma. Gruber in uno stesso individuo trovò un'ulcera perforata, una con emorragia ed una degenerata in carcinoma. Una difficoltà è la differenziazione d'una achilia da cancro da una achilia ordinaria dello stomaco per cui serve la reazione di Salo-

mon con la quale si nota l'aumento dell'albumina nel contenuto gastrico del carcinomatoso. Anche l'albumina dializzabile è aumentata.

Nel succo gastrico del carcinomatoso si può trovare della lecitina. Bacilli come quelli di Boas possono esere trovati nella proporzione di 80-90 %, le sarcine nel 20 %. Recentemente Luger ha trovato nel succo gastrico dei cancerosi delle spirochete che secondo Lauda provengono dalla bocca ed alle quali si devono le alterazioni del succo. Fra le prove dei fermenti è quella del glicil-triptofano secondo Neubauer e Fischer che se è negativa dice che non esiste un tumore ulcerato; quella dell'amidasi secondo Halpern, dell'emolisina secondo Kelling. Vi sono ancora segni generali nell'urina, sangue, feci. Saxl trovava nell'urina aumento dell'ammoniaca, degli acidi ossiproteici, secrezione di polipeptidi, Salkowski un aumento delle sostanze colloidali. Fra le ricerche nel sangue sono: quella del potere antitriptico che normalmente è di 1:4 mentre nel carcinoma è 1:20; quella della tensione superficiale del siero secondo Ascoli, la reazione di Freund e Kaminer colla precipitazione o la lisi del tessuto canceroso. Recentemente Kahn ha dimostrato nel sangue dei carcinomatosi le cosidette albumine idrofile messe in evidenza da un intorbidamento con l'aggiunta al sangue di una soluzione di solfato d'ammonio.

Di grande valore è la ricerca del sangue nelle feci che può esser fatta con la prova della fenolftaleina, della benzidina, del guaiacolo. In generale si può dire che la comparsa persistente di emorragie occulte senza vomito parla per il carcinoma; l'emorragia discontinua parla per l'ulcera.

L'esame radiologico può dare un complemento oppure il primo punto diagnostico, ma spesso i segni precoci non si percepiscono anche con l'esame rontgenico. Delle tre forme di tumore dello stomaco, papilloma, carcinoma midollare, scirro la prima è la più facile a essere riconosciuta. Per la localizzazione si possono distinguere 3 gruppi: i cancri del cardias o del fundus, quelli del corpus ventriculi e quelli dell'antrum piloricum che possono dare segni radiologici diversi come il mancato riempimento dello stomaco, i difetti di riempimento, lo stomaco a clessidra (da distinguersi da quello da ulcere che comprendendo la grande curvatura assume la forma di un manubrio). I tumori per quanto piccoli mostrano una isola chiara, o dei zaffi. Secondo Assmann i punti per la diagnosi precoce sono: difetti di riempimento, contorni abnormi, irregolari, alterazioni di forma, perturbazione nella peristalsi, alterazioni di motilità, tumore, punto avvallatto, mobilità passiva.

L'ideale per la diagnosi precoce sarebbe data dall'esame endoscopico dello stomaco, come per la vescica. La gastroscopia possiede due sistemi uno flessibile l'altro rigido che hanno pregi e difetti. Possono essere viste parti dello stomaco come il cardias, la piccola curvatura, il principio dell'antro, ma questo esame sarà più diffuso quando non presenterà alcun pericolo.

Jacobeus ha sperimentato la laparoscopia per mezzo di un cistoscopio introdotto nel ventre da un piccolo occhiello mentre la cavità viene distesa con aria o gas. Ma il metodo non è da preferirsi ad una laparotomia esplorativa che può dare la esatta diagnosi. R. BRANCATI.

Contributo alla conoscenza dell'ulcera duodenale profonda.

(LOSSEN e SCHNEIDER. *Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 137, f. II, p. 446).

Nel caso osservato dagli AA. si trattava di una donna di 23 anni che era stata sempre bene. Improvvisamente fu colta da intenso dolore nella metà destra dell'addome, continuo, con esacerbazioni. Per due volte aveva avuto vomito, defecazione e orinazione normale. Nel nono giorno di malattia viene osservata dagli AA. La metà destra dell'addome era molto dolorosa alla pressione con punti di massima intensità sotto l'arcata costale e nella fossa iliaca. Non difesa. Nell'orina albumina, molti leucociti, poche emazie, cilindri ialini. Temperatura a 38,5, a tipo continuo. Si pensò a un ascesso paranefritico. Nei giorni seguenti la temperatura si mantenne alta, dopo 15 giorni le orine erano normali. La radiografia dei reni diede esito negativo. L'esame radiografico del tubo digerente diede un reperto insospettato. Il bulbo mostra una livellazione superiore, la porzione discendente del duodeno ha contorno irregolare; all'angolo inferiore si osserva un difetto di riempimento. Il quadro radiologico parlava per una ulcera duodenale della porzione discendente e dell'angolo inferiore, di vecchia data.

Il dolore persistette immutato, si ripresentò a intervalli il vomito; 20 giorni dopo l'ingresso si notò notevole difesa. Venne deciso l'intervento con la diagnosi di ascesso peritiflitico da appendicite perforata.

Laparotomia pararettale destra. L'appendice, molto lunga, è di aspetto normale, in posizione retrocecale. Nei movimenti di spostamento del ceco compare pus senza odore che esce da una cavità ascessuale che si prolunga verso il fegato. Si aggiunge una laparotomia sopraombelicale mediana. Lo stomaco è normale. La cistifellea ha le pareti fortemente ispessite, infiltrate, con molte aderenze, unita al colon trasverso. Dopo aver liberate le aderenze si arriva su un ascesso che prende origine da una piccola perforazione, già

chiusa, di un'ulcera duodenale. Questa è situata nel punto di passaggio tra la porzione discendente e l'orizzontale inferiore. L'ascesso, intraperitoneale, si era sviluppato tra colon discendente e peritoneo parietale. Affondamento dell'ulcera, gastroenterostomia posteriore transmesocolica, sutura della parete sopra l'ombelico, drenaggio dalla incisione pararettale.

Il caso è interessante perchè non è stata descritta ancora un'ulcera duodenale dell'angolo inferiore. La sintomatologia clinica giustificava la diagnosi di appendicite, forse si poteva pensare a una colecistite, non ad una ulcera duodenale per l'assenza di dolori pregressi. Gli AA. pensano di poter ascrivere la genesi a un corpo estraneo e la atipicità del decorso al contenuto alcalino del duodeno sottopapillare.

Per quanto riguarda l'ascesso, dato il quadro clinico, si può pensare a una peritonite da perforazione, con pus sterile, avvenuta secondo il meccanismo indicato da Moynihans. Tre sono i modi di formazione di una peritonite localizzata nella ulcera duodenale perforata:

Secondo Melchior preesistono vecchie aderenze periduodenali che impediscono l'invasione addominale.

Secondo Moynihans si avrebbe una perforazione molto sottile, per cui la quantità di succo duodenale che ne esce è piccolissima e la reazione immediata del peritoneo determina un precoce incistamento.

Infine può determinarsi una peritonite generalizzata, che decorre rapidamente e finisce per limitarsi alla peritonite circoscritta. VALDONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

V. HUTINEL. *Le terrain hérédo-syphilitique. Aperçu de pathologie générale et de clinique infantile.* Masson et C.ie éd. Paris 1926, pp. 455, 30 fr.

Hutinel ci presenta in questo volume un vero trattato di patologia generale della sifilide ereditaria per quanto egli stesso confessi che il dominio di questa è così esteso che non gli è possibile di esplorarlo completamente nel suo lavoro.

L'opera si compone, dopo una breve introduzione riassuntiva, di tre parti. Nella prima sono studiate le manifestazioni cliniche iniziali ed il terreno eredo-sifilitico vero e proprio. Nella parte seconda l'A. espone le localizzazioni più tardive dell'eredo-sifilide nei diversi apparecchi: circolatorio, locomotore, sistema nervoso, apparecchio respiratorio, apparecchio urinario, apparato digestivo con speciale riguardo al fegato, pelle e mucose.

La terza parte infine è dedicata alle conseguenze indirette dell'eredo-sifilide, alle distrofie propriamente dette e con speciale riguardo alle distrofie per lesioni delle ghiandole endocrine e pluriglandolari, a quelle imputabili a lesioni viscerali (diabete infantile), alle diatesi in rapporto all'eredo-lue, ecc. Gli ultimi due capitoli trattano infine delle stigmate e segni della sifilide ereditaria e della cura.

L'opera è improntata alle più moderne vedute di patologia e sotto questo punto di vista sono particolarmente notevoli i capitoli sulle distrofie glandolari (endocrine) e pluriglandolari; ma è facile al lettore di comprendere come essa rappresenti il frutto di una larga esperienza clinica che ha permesso all'A. di esporre in forma limpida e snella, che ricorda in qualche modo le incomparabili e magistrali opere di A. Fournier, uno dei più importanti capitoli di sifilologia, il più importante forse per i suoi intimi rapporti con tutti i rami della patologia umana.

L'esposizione semplice e chiara non è a danno della precisione del linguaggio nè della profondità dello studio, se anche in qualche capitolo alquanto schematica, il che del resto, quando non si esageri, ha pure la sua utilità ai fini didattici. Ecco dunque un libro che tutti i medici leggeranno con sommo profitto e che volentieri segnaliamo ai nostri lettori. V. MONTESANO.

V. CHIRIVINO. *Malattie della Pelle.* Manuale pratico. Napoli, Tip. Ricciardi. L. 60.

L'opera postuma è pubblicata a cura del dott. Rapisardi il quale intende così di onorare il nome e la memoria del maestro. È una raccolta delle lezioni semplici e lucide, brevi, adatte per l'insegnamento a medici pratici e a studenti. Lo scopo è mantenuto in una sobria trattazione che va dall'alfabeto della branca (lesioni elementari) alle malattie più complesse, raccolte per ordine alfabetico. P.

L. BROCQ. *Cliniques dermatologiques.* Masson, éd. Fr. 60.

Nel volume l'A. raccoglie una serie di lezioni impartite in diversi ospedali, in anni successivi. Sono considerati due gruppi di dermatosi: ad etiologia nota e ad etiologia ignota (reazioni cutanee). In ogni malattia cutanea nota o in ogni reazione cutanea a causa ignorata, l'A. studia l'importanza del terreno individuale, analizzandolo negli elementi di predisposizione, l'ancestrale, le predisposizioni acquisite, le intossicazioni accidentali o abituali, le disfunzioni endocrine, ecc.

L'A., che è polemista, lascia l'impronta in ogni capitolo: qualcuno di essi è però invecchiato e forse l'A. avrebbe con note opportune potuto metterlo al corrente.

P.

Dott. ERWIN PULAY. *Ekzem und Urtikaria.* Urban e Schwarzenberg ed., 1925. Mk. 7.50; geb. 9.30.

L'A., già noto per i suoi studi sul ricambio in dermatologia, espone in questo nuovo libro i risultati delle sue ricerche sulla clinica, la patogenesi e la terapia dell'eczema e dell'urticaria.

Ognuno sa quanto ancora controverse e dibattute siano le questioni riguardanti l'etiopatogenesi di tali dermatosi e quanto difficile ne riesca talvolta la terapia. In questo campo la nuova pubblicazione del Pulay, frutto di minuto ed accurato lavoro di analisi, può dirsi apporti realmente un notevole contributo.

Nella prima e più diffusa parte del volume viene studiato l'argomento della patogenesi dell'eczema analizzando dapprima l'essenza della dermatosi quale processo infiammatorio, descrivendo poi, sia i rapporti intercorrenti tra sistema nervoso, alterazioni del ricambio e cute, sia tutti quegli speciali momenti che adempiono l'ufficio di veri sensibilizzatori della pelle.

Circa una metà del libro è dedicata all'importante capitolo della terapia sia esterna che interna ed in fine è raccolta un'assai ricca bibliografia.

M. AGOSTINI.

ALFRED PERUTZ. *Die medikamentöse Behandlung der Harnröhrengonorrhöe des Mannes und deren pharmakologischen Grundlagen.* Urban e Schwarzenberg ed., 1925. Mk. 9; geb. 10.

Ottimo manuale questa nuova pubblicazione del Perutz. Nelle sue 250 e più pagine l'argomento è svolto su basi strettamente scientifiche e in modo oltre ogni dire esauriente.

La prima parte è dedicata all'esposizione dei fondamenti teorici della cura medicamentosa, vale a dire ai risultati delle ricerche farmacologiche sulle singole parti dei genitali maschili, specie in rapporto alla loro innervazione. Viene poi esposta la cura generale con le varie misure igienico-dietetiche, quella interna per mezzo dei balsamici e dei disinfettanti urinarii e quella locale. A proposito di quest'ultima vengono passati in rassegna, può dirsi, quasi tutti i rimedi che oggi si conoscono; e sì che il loro numero, dal Neisser in poi, è andato davvero moltiplicandosi di giorno in giorno.

Speciale menzione merita il capitolo sulla terapia specifica e aspecifica nel quale sono svolti e vagliati i varii metodi, fino ai più recenti, di più comune applicazione. L'ultimo capitolo riguarda la cura speciale della gonorrea uretrale e dei suoi annessi, i metodi di provocazione.

L'A. ha avuto per scopo di creare col nuovo suo libro una specie di Vademecum per il medico e lo specialista, una guida, anche pratica, una raccolta di consigli cui poter al bisogno attingere: io credo che a ciò sia pienamente riuscito.

M. AGOSTINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

IV Congresso dell'Associazione Italiana per l'Igiene.

(10-20 giugno 1926).

Alla presenza di S. A. R. il Principe Ereditario, si è inaugurato in Torino questo Congresso a cui accorsero numerosi i cultori dell'igiene, insegnanti universitarî, ufficiali sanitarî, medici provinciali, ecc.

Nel discorso inaugurale, il prof. SCLAVO mise in rilievo le benemerenze di Torino nel campo della pubblica igiene, esempio ed incitamento a tutte le altre città italiane. Un giusto compiacimento ha poi espresso l'O. per i progressi che l'igiene è venuta facendo in Italia, progressi che si rivelano nella coscienza del popolo e negli atti del Governo. E cita ad esempio: la legge di alto valore morale che mira a proteggere la maternità e l'infanzia, il rigoglioso sviluppo della educazione fisica, il grande impulso dato all'igiene scolastica, i perfezionamenti degni di plauso della igiene nelle Ferrovie di Stato, l'opera altamente educatrice nei riguardi dell'igiene compiuta dal Touring Club Italiano e la grande azione della Battaglia del Grano che, certamente, porterà i più fieri colpi al flagello della malaria.

L'O. delinea poi in breve il programma del Congresso, in massima parte dedicato alla tubercolosi, soffermandosi con particolare simpatia sulla Festa del fiore che, istituita per prima dalla città di Torino, è stata poi dal Governo definitivamente fissata per tutta Italia nella ricorrenza dello Statuto.

Ed inneggia da ultimo a due Auguste figure di donne, la Principessa Clotilde di Savoia e la figlia, Principessa Laetitia, sempre prime nelle opere di pietà e di soccorso alle sventure.

Dopo altri discorsi del prof. PICCARDI, per i venereologi, del R. Prefetto e del prof. A. MAGGIORA, vennero distribuiti i diplomi di onore e di benemerenza, i premi della Fondazione Pagliani e due medaglie d'oro ai proff. B. Gosio e S. Balp.

Sullo stato della lotta antitubercolare in Italia, ha riferito il prof. ABBA, esponendo le gravi difficoltà incontrate all'inizio di tale lotta, la scarsezza dei mezzi addirittura rudimentali che si avevano allora — un mezzo secolo addietro — e l'altissima importanza del fine da raggiungere. Accennato quindi al mutamento di opinioni che si è venuto formando da parte del pubblico nei riguardi della tubercolosi e menzionata la legge del 1923 che attribuisce alle Provincie l'onere della lotta, l'O. passa in rassegna le varie opere già funzionanti, mettendo in prima linea i dispensarî che sono attualmente circa 200. Purtroppo ancora 18 provincie ne sono sprovviste, mentre degna di ammirazione a tale proposito è la provincia di Sassari che ha creato 9 dispensarî.

Altamente necessario è l'aumento del numero dei letti ospedalieri per i tubercolosi (sia come sanatorî che come tubercolosarî) di cui l'Italia possiede per i suoi 250,000 tubercolosi soltanto 8000, mentre la Danimarca ne conta uno per 980 abitanti.

Confortante è invece il numero delle Colonie (marine, montane, ecc.) che assommano a circa 600 ed assistono 110,000 ragazzi; questa utile istituzione preventiva va sempre più sviluppata per assicurare ai bambini deboli il largo godimento dell'aria pura, del sole e del mare.

Analizza poi il funzionamento delle varie opere profilattiche ed assistenziali, molte delle quali che svolgono provvide azioni locali non sono conosciute; parla della benefica azione della Croce Rossa e delle scuole all'aperto e saluta con simpatia le legioni di medici condotti che sono scese anch'esse in lotta costituendo l'Associazione nazionale antitubercolare.

Afferma la necessità che la propaganda venga estesa ed intensificata, accenna alla opportunità che tutti i cittadini vengano obbligati a concorrere alla grandiosa opera di profilassi sociale, auspicando all'unione di tutte le energie.

Fra i consensi ed i commenti alla relazione, è da citarsi l'esposizione fatta dal dott. DE PASCALIS di Roma della istituzione di una colonia lavorativa per tubercolotici che a questi offrirà ricovero e lavoro.

In riguardo all'*istituzione di case di cura*, il prof. A. CAMBIASO rileva il persistere di fobie e pregiudizi che rendono aspra la lotta e conclude chiedendo l'intervento del Governo per fissare le località marine o montane adatte per l'erezione di case di cura.

Il prof. E. RONZANI, trattando la *spedalizzazione dei tubercolosi* si sofferma in modo particolare sullo scarso numero dei letti disponibili in Italia ed espone un piano di provvedimenti atti a rimediare a tale deficienza, fra cui l'azione da parte del Governo diretta a favorire lo sviluppo di case di cura private sotto il controllo dell'Autorità e l'assegnazione di personale specializzato per l'assistenza e la cura dei tubercolotici.

Con il più vivo interesse da parte del Congresso è stata accolta la relazione del prof. D. OTTOLENGHI sullo *stato attuale della vaccinazione antitubercolare*. La possibilità di questa è stata riconosciuta ed ormai anche sperimentata abbastanza largamente; si tratta soltanto di determinare quale sia il sistema più efficace. L'O. si addentra quindi nell'esame dei vari vaccini, di cui esamina partitamente i due tipi principali, quello dei vaccini morti e quello dei vivi. Tipo del primo è quello di Maragliano a cui spetta la priorità nell'aver asserito e sperimentato l'efficacia del vaccino contro la tubercolosi. Si intrattiene poi sul vaccino Calmette e Guérin, con il quale risulta che si sarebbe potuto salvare il 90 % dei neonati inoculati.

Difficile però è farsi un'idea esatta dell'efficacia o meno della vaccinazione, poichè non soccorrono le reazioni immunitarie e l'unica prova positiva può attendersi dalla statistica che deve essere oltremodo ampia e circostanziata, altrimenti riesce illusoria. Dalle ricerche fin qui fatte sembra che tanto il vaccino di Maragliano quanto quello di Calmette siano risultati innocui, ciò che porterebbe ad una certa fiducia nel loro uso.

Si deve poi tener presente che, in qualunque modo, la vaccinazione non potrà mai dare che un'immunità relativa, ciò che è insito nella stessa natura dell'infezione. Quindi non si dovrà mai rallentare la lotta antitubercolare che gli igienisti italiani hanno fin qui condotto con non disprezzabile successo.

Fra gli oratori che hanno preso parte alla discussione, citiamo il prof. CASAGRANDI, che ha menzionato alcune sue ricerche tuttora inedite a proposito della asserita filtrabilità del virus tubercolare e dei virus in genere. Risulta da esse che i pori delle candele filtranti, anche ottime, sono assai ampii, tanto che i più piccoli raggiungono i cinque micron e possono quindi lasciar passare degli elementi corpuscolati.

Pure di alto interesse è stata la relazione del prof. A. CORSINI sulla *igiene stradale e tubercolosi*, che ha messo in evidenza il grave pericolo rappresentato dalla polvere per la diffusione della tubercolosi. Ora tutti i materiali usati per il rivestimento stradale dànno polvere; particolarmente pericolosa è poi quella data dai materiali nella cui costituzione entra la silice e specialmente le arenarie per la loro più facile usura. È dunque necessario che le città adottino dei sistemi di rivestimento adatti, da cui devono essere esclusi quelli a base di pietre silicee. Assai utili sono le spalmature con olio minerale, ma specialmente consigliabili i rivestimenti monolitici artificiali.

Le tristi condizioni delle abitazioni malsane in rapporto con la tubercolosi sono state messe in luce dal dott. BOTTI nello svolgimento del tema sulla *Casa e tubercolosi*. L'O. ha basato la sua relazione soprattutto sulle condizioni dei così detti « bassi » di Napoli, di cui ha fatto una viva pittura, invocando poi una politica edilizia attiva e proponendo che l'Associazione per l'Igiene si faccia promotrice di un'accurata ricognizione dello stato attuale per la questione in tutta Italia ed indichi i rimedî adatti in modo da portare ad una soluzione che sia tale da garantire le fortune del Paese e della razza nostra.

Vivaci e lunghe discussioni ebbe a suscitare la relazione della prof.ª BIONDI sulla *Maestra vigilatrice scolastica e la sua opera di profilassi contro la tubercolosi*. La relatrice ha appunto messo in evidenza la differenza della maestra dalla semplice vigilatrice o dall'assistente sanitaria per l'ascendente che la prima esplica proprio per la sua qualifica di insegnante, e proponeva all'approva-

zione del Congresso che l'istituzione tentata, e sembra con successo, nelle scuole di Roma, diventasse nazionale in modo che nelle scuole di ogni comune potesse funzionare la maestra vigilatrice. Le obbiezioni ed i pareri discordanti furono tali e tanti che non si potè addivenire a votare uno qualsiasi degli ordini del giorno proposti, sicchè la discussione venne rinviata... a tempi migliori, forse a quando l'esperimento di Roma, dopo un congruo numero di anni, avrà dimostrato o meno la bontà dell'istituzione.

Sul tema *Previdenza e tubercolosi* ha riferito il dott. GIANNINI, facendo una valutazione delle devastazioni economiche della tubercolosi, che possono, in via approssimativa, calcolarsi per l'Italia ad un miliardo circa all'anno. La lotta antitubercolare rappresenta quindi anche un altissimo interesse nazionale. Fra i mezzi per lottare contro il flagello è di grande importanza l'assicurazione contro la malattia, di cui i contributi possono essere largamente utilizzati per opere profilattiche. L'O. si augura poi che, oltre alle opere di profilassi individuale e sociale, sia possibile creare presto dei centri di vita e di lavoro per i gruppi di colpiti, togliendo così dai centri urbani numerosi focolai d'infezione. Le conclusioni vengono unanimamente approvate.

Un'importante conferenza è stata poi tenuta dal prof. SANGIORGI sulla *Profilassi delle malattie veneree*, dopo la quale il Congresso si è chiuso.

Numerose furono le visite alle belle istituzioni antitubercolari della città, nonchè all'acquedotto di Val Sangone, di Pian della Mussa, agli stabilimenti dell'Eternit a Casale Monferrato, allo stabilimento del Chinino di Stato, ecc.

fil.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 25 aprile 1926.
Presidenza: Prof. R. STANZIALE, Vice-Presidente.

La insulina nel trattamento sintomatico della eclampsia.

G. MIRANDA e G. TESAURO. — Gli OO., avendo stabilito sulla base di precedenti ricerche personali, e su dati della letteratura, l'esistenza di acidosi, iperglicemia e lattacidemia nella eclampsia, si sono proposti di combattere l'acidosi con l'insulina.

Presentano due casi, uno con esito in guarigione: costantemente, dopo le iniezioni di insulina si è ottenuto aumento stabile della riserva alcalina, con diminuzione o scomparsa dell'acidosi, e diminuzione della lattacidemia. Non si è mai avuta ipoglicemia.

Il trattamento con l'insulina è da considerarsi come sintomatico e deve essere associato al trattamento patogenetico: svuotamento dell'utero.

La terapia della psoriasi con iniezioni di tartro bismutato di sodio e potassio.

Dott. ATTILIO VERSARI. — L'O. ha sottoposto 21 infermi affetti da psoriasi volgare a iniezioni intramuscolari di tartro bismutato di sodio e potassio (Trepol).

In 12 ha ottenuto la regressione delle efflorescenze.

In 9 ha avuto una notevole diminuzione delle lesioni di psoriasi.

Tutti gl'infermi sottoposti a questa nuova terapia, tranne uno (tenuto in osservazione da un anno e due mesi) hanno avuto recidive (come del resto avviene con gli altri trattamenti oggi in uso).

Nelle recidive le efflorescenze sono state sempre in minor numero e con minore quantità di squame che all'inizio del trattamento bismutico.

In 3 infermi, dopo la regressione delle lesioni, ha notato la comparsa di un leucoderma psorisiaco.

L'O. ha eseguito un esame istologico di una chiazza leucodermica rilevando come caratteristiche:

1) Nell'epidermide depigmentazione per scomparsa specialmente dei cromotofori epiteliali e notevolissima scarsezza dei cromatofori connettivali.

2) Persistenza dello strato granuloso.

3) Lieve aumento degli strati superficiali senza paracheratosi.

4) Ipertrofia delle fibre collagene nella porzione profonda della parte reticolare del derma.

Esso è indotto a pensare, seguendo il concetto espresso da Sabouraud per altri farmaci, che anche il tartro bismutato di sodio e potassio determini nell'organismo o sul ricambio una «scossa», un «impulso» capace di far regredire la psoriasi.

A. CHISTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le infezioni colibacillari delle vie urinarie di origine intestinale.

Negli ammalati con affezioni colibacillari delle vie urinarie di origine intestinale, si osservano due fatti costanti, cioè una tendenza molto marcata alla stitichezza e la presenza di bacilli nelle urine. Il passaggio del b. coli dall'intestino alle vie urinarie è specialmente dovuto alla costipazione nel cieco e nel colon ascendente; minore importanza ha la stasi nel colon discendente e nel retto per il fatto che le feci hanno di già subito un certo prosciugamento e gran parte della flora intestinale si trova già distrutta. L'assorbimento del coli è particolarmente intenso durante le crisi diarroiche; è quindi bene ricordare al paziente il pericolo dei purganti violenti che, provocando una irritazione della mucosa intestinale, aprono il passaggio ai colibacilli. Questi, invece, se arrivano per la via sanguigna, possono attraversare le vie urinarie senza provocare il minimo disturbo e senza dar luogo ad infezioni.

La colibacilluria si caratterizza per la presenza di colibacilli nell'urina senza provocare alcun disturbo dei reni, dei bacinetti della vescica e dell'uretra. L'infezione colibacillare può assumere una forma a predominanza renale e provocare quindi una pielonefrite acuta od una pielonefrite suppurata; si può avere anche una forma a predominanza vescicale, che è caratterizzata da cistite ed anche una forma uretrale.

Per la diagnosi, E. Tant (*Bruxelles médical*, 1925 n. 48) ritiene necessaria l'esplorazione dell'apparato urinario, ivi compreso il cateterismo degli ureteri, e l'esame del tubo digerente, che deve comprendere anche l'esame radiografico per ricercare la dilatazione del cieco, la ptosi intestinale, ecc. Prima però di attribuire l'infezione colibacillare alla stasi intestinale, sarà necessario ricercare se non possa invece dipendere da una stasi urinaria, da restringimento uretrale, ipertrofia della prostata, litiasi renale, idronefrosi.

Il trattamento deve tener conto di due fatti, quello causale, gastro-intestinale e quello urinario. Per il primo, si sottoporrà il malato al regime delle coliti acute, sopprimendo le albumine animali ed istituendo il regime idrocarbonato, migliorando la funzione intestinale con lassativi blandi (olio di ricino — 1-2 cucchiaini al giorno — decotto di semi di lino, olio di paraffina), correggendo la ptosi intestinale, ecc. Nelle pielonefriti subacute sono indicate le iniezioni di nitrato d'argento al 3 % o di collargolo al 20 %; nelle forme croniche si istituirà il trattamento con diuretici, antisettici, ecc., secondo i sintomi. La vaccinoterapia non ha ancora fornito risultati apprezzabili; la sieroterapia ha dato successi nella pielonefrite suppurata cronica.

fil.

Un nuovo trattamento dei calcoli renali.

Mancava finora un mezzo per facilitare l'espulsione dei calcoli renali eccitando la musculatura liscia del bacinetto e dell'uretere. H. Kalk e W. Schöndube (*Deutsche med. Wochens.*, 8 gennaio 1926) hanno provato con successo l'ormone dell'ipofisi; è noto, di fatto, che l'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi eccita la muscolatura liscia degli organi cavi; a tale scopo esso è usato in ostetricia) e gli AA. lo hanno applicato allo stomaco ed alle vie biliari.

Di solito, 15-30 minuti dopo l'iniezione di 2 cmc. di ipofisina, si ha l'accesso di colica che, in condizioni favorevoli, porta all'espulsione del calcolo. Quando si dà tale rimedio durante la colica spontanea, si ha una cessazione dei dolori (anche per mezz'ora) che poi riprendono più forti ed efficaci. Evidentemente in tal caso l'ipofisina agisce dapprima rilasciando il tono e poi attivando le contrazioni.

Per quanto riguarda le indicazioni, è evidente che tale trattamento sarà assolutamente controindicato quando il calcolo è tanto grosso da non poter passare per l'uretere e così pure se si sia in dubbio sulla grossezza del calcolo stesso. Bisogna però tener presente che le coliche più forti sono appunto determinate dai calcoli più piccoli e che quindi in tali casi si può somministrare senza timore l'ipofisina. D'altra parte si deve tener presente che in qualche caso è stato possibile espellere per le vie naturali dei calcoli grossi quanto una noce. Controindicato è il trattamento con l'ipofisina nei casi francamente infettivi.

Gli AA. hanno usato nei diversi casi favorevoli che riportano l'iniezione di 2 cmc. di ipofisina; è consigliabile di fare qualche iniezione di morfina la quale, pur sedando i dolori non paralizza (come fa l'atropina) la musculatura liscia. L'uso di limonata alla glicerina (50 cmc. di glicerina in un litro d'acqua con succo di limone) è consigliabile; nella febbre ureterale e comunque in presenza di infezioni urinarie, si darà l'urotropina, eventualmente per iniezioni endovenose.

In un caso degli AA. l'ipofisina ha anche servito a scopi diagnostici, provocando l'espulsione di un calcolo in un paziente in cui i dolori per nulla tipici facevano pensare ad altre cause che non l'incuneamento del calcolo.

FILIPPINI.

Gli aspetti clinici, la prognosi e la cura della nefrite.

Gli aspetti clinici della nefrite, dice H. Mc. Lean (*Proceed of the R. S. of. Med.*, febbraio 1926), possono essere compresi solamente se si considera con attenzione la fisiologia del rene. Le funzioni principali del rene sono le seguenti: 1) escrezione di acqua; 2) escrezione di sali; 3) escrezione di prodotti di rifiuto del metabolismo; 4) mantenimento della reazione sanguigna normale.

Nella nefrite si stabilisce sempre una certa interferenza con l'una o l'altra di tali funzioni, ed è dalla particolare natura di questa interferenza che dipende la manifestazione clinica.

La diminuzione dell'escrezione dell'acqua, come pure quella dei sali porta alla formazione di edemi. Nel secondo caso l'accumulo dell'acqua nei tessuti rappresenta il meccanismo di difesa contro i danni che produrrebbe l'accumulo dei sali

L'escrezione dei prodotti azotati di rifiuto è la funzione renale più importante e può essere da sola molto compromessa, pur restando sufficienti le altre funzioni.

I disturbi del meccanismo di regolazione della reazione sanguigna si riscontrano nelle lesioni renali più gravi.

Dal punto di vista clinico si devono considerare solamente tre varietà di nefrite: l'acuta, la subacuta e la cronica.

Nell'acuta tutta la parte attiva della massa renale è lesa, e tutte le funzioni sono di conseguenza alterate.

Nella nefrite subacuta idremica invece sono lesi solamente il potere di escrezione dell'acqua e dei sali, e il sintoma morboso predominante è l'edema.

Nella nefrite cronica questi due poteri sono abbastanza ben conservati, mentre è fortemente leso quello di escrezione dei prodotti metabolici di rifiuto. In queste forme quindi gli edemi sono in genere piuttosto da riportare a disturbi cardiovascolari. Si può perciò parlare, per distinguere dalla forma precedente, di nefrite azotemica.

I mezzi moderni di ricerca delle funzioni renali offrono maniera di formulare una prognosi, e speciale valore ha il dosaggio dell'urea sanguigna. Qualora i resultati siano favorevoli, non bisogna però emettere prognosi fausta se un esame ripetuto dopo 3-6 mesi non conferma del tutto tali resultati.

I metodi di cura proposti sono quasi tutti privi di valore. I diuretici vanno senz'altro proscritti. L'uso delle sostanze proteiche della dieta va regolato secondo i resultati delle ricerche della funzione escretoria delle scorie azotate. La dieta deve esser sempre sufficiente a mantenere il peso normale del corpo. La vecchia convinzione della nocevolezza delle cosidette carni rosse va combattuta come falsa.

L'introduzione di liquidi va regolata esattamente per non aumentare gli edemi e non affaticare il cuore.

La dieta raccomandata da Epstein sulla base di un eccesso di proteine è talora utile nelle nefriti idremiche, ma l'urea ad alte dosi per via orale ha gli stessi effetti e forse è più indicata.

La decapsulazione del rene sembra trovar indicazione in un numero assai ristretto di casi.

M. FABERI.

Azione della trasfusione sanguigna sull' azotemia cronica con anemia.

L'osservazione clinica dimostra che sovente nelle nefriti croniche l'azotemia elevata si accompagna con anemia. Ch. Flaudin e A. Tzanck (*Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, Parigi, aprile 1925), colpiti dall'aspetto intensamente anemico di alcuni nefritici cronici, studiarono in questi malati il comportamento dei numero dei globuli rossi, pur non trascurando il dosaggio dell'urea nel sangue. Essi constatarono sempre una netta diminuzione del numero delle emazie, e nei casi a decorso assai lungo, anisocitosi, poichilocitosi, anomalie anche a carico della serie bianca.

Questa anemia è un reperto frequente nel morbo di Bright, e rientra dunque nel quadro clinico del medesimo. Riguardo alla patogenesi, gli autori distinguono un'anemia spontanea, da un'anemia per così dire terapeutica.

L'anemia spontanea si riscontra in molti vecchi nefritici ipertesi, sia in quelli che si alimentano scarsamente e male, che in quelli che abusano di carne e di bevande alcooliche. Tale tipo di anemia può inoltre essere la conseguenza di frequenti emorragie (epistassi, emorroidi, metrorragie). L'altro tipo d'anemia è quello che si constata nei nefritici cronici, sottoposti a un severo regime dietetico, e ripetutamente salassati.

L'anemia, sia dell'una che dell'altra origine, è sempre un sintoma di notevole gravità. Gli autori pensarono di combattere tale fenomeno preoccu-

pante con la trasfusione sanguigna. Tale operazione è del tutto inoffensiva e provoca un aumento leggero, ma ben marcato, dei globuli rossi. Oltre a ciò l'azotemia decresce e molti dei disturbi soggettivi ed obbiettivi dell'ammalato o diminuiscono, o scompaiono del tutto. Il tasso dell'azoto nel sangue, è solo indirettamente influenzato dalla trasfusione, la quale è del tutto inefficace in casi di nefrite acuta. La trasfusione influenzando l'anemia, provoca un miglioramento nelle condizioni generali del paziente.

Tale benefica azione della trasfusione sanguigna, permette anche di aumentare la quantità di un salasso, richiesto da preoccupanti fenomeni di ipertensione e di azotemia elevata.

M.

La cistite amebica.

Franchini (*Pathologica*, 15 ott. 1925) riferisce su tre casi di cistite amebica osservati tutti in donne giovani nelle quali, dopo alcuni mesi di disturbi intestinali consistenti principalmente in alternative di stitichezza e diarrea, si erano stabiliti fatti di cistite; dolori spontanei e provocati alla regione soprapubica, minzione alquanto dolorosa e frequente, urine torbide con presenza di qualche goccia di sangue, negativo l'esame degli organi genitali. All'esame microscopico delle urine, si riscontrarono: corpuscoli rossi e bianchi ed anche amebe istolitiche caratteristiche contenenti emazie; nessun elemento renale, assenza di bacilli di Koch. Contemporaneamente forme identiche di amebe furono riscontrate nelle feci, in un caso allo stato di cisti.

L'amebiasi in certi casi è da ritenersi come una malattia generalizzata con presenza in circolo di giovani amebe. Tale concetto che si va facendo ora strada può meglio spiegare i casi di bronchite, nefrite ed altre localizzazioni amebiche. Nei casi dell'A. esisteva però anche la dissenteria per cui la propagazione alla vescica può spiegarsi per altre vie.

Come cura l'A. ha usato l'emetina per via sottocutanea e per lavande vescicali con buoni risultati; egli fa però notare che la cistite è molto più resistente che non la dissenteria e che nella prima può riuscire assai utile lo stovarsolo.

È necessario che l'attenzione dei medici sia richiamata su questi fatti anche per intenti profilattici e che quindi si debba badare anche agli sputi ed alle urine e tener presente che l'ameba fuori dell'organismo può resistere anche parecchi giorni.

ftl.

IGIENE.

Un metodo pratico di disanofelizzazione idrica. Il verde di Parigi.

L'importanza del verde di Parigi o verde di Schweinfurt come larvicida efficace e poco costoso, non è ancora nota a molti e viene messa in pieno rilievo da L. W. Hackett (*Rivista di Malariologia*, 1926, n. 1) che ha compiuto con tale sostanza importanti esperimenti in Italia.

Il verde di Parigi è un sale doppio di arsenito e di acetato di rame e deve contenere il 50-55 % di anidride arseniosa. È una polvere a piccolissimi cristalli, di colore verde smeraldo, insolubile nell'acqua e solubile nella ammoniaca e negli acidi concentrati; deve essere in stato di finissima polverizzazione e passare attraverso un setaccio da 6400 maglie per cmq., ma non più fino. Esso è spesso adulterato ed appunto questa circostanza spiega i risultati poco buoni ottenuti da alcuni ricercatori non escluso il Grassi.

Prima di spargerlo va mescolato alla polvere stradale che deve essere perfettamente asciutta; possono però servire in caso di necessità anche la cenere di legna, la farina deteriorata, la calce in polvere, la sabbia finissima e la polvere di sughero. Molto importante è anche l'accurata miscela con l'eccipiente che va fatta con un mezzo meccanico servendosi di una cassetta a tenuta d'aria (una latta da petrolio) che possa rotare intorno ad un asse di ferro che l'attraversi diagonalmente.

Lo spargimento può essere fatto a mano, lanciando la miscela in aria, in modo che il vento s'incarichi di portare una nuvola di polvere sul'a superficie acquea; tale metodo si adotta per le grandi estensioni acquee.

Per i piccoli specchi, dà risultati soddisfacenti l'uso del soffietto a mano, di cui gli agricoltori si servono per lo spargimento dello zolfo per le viti. Il soffietto produce una nuvola compatta e dà una distribuzione uniforme; la polvere può essere diretta in basso in modo da raggiungere l'acqua anche sotto un vento forte. Inoltre, il soffietto costituisce una misurazione automatica della quantità di polvere adoperata, riducendo così il consumo fino del 50 %. Quando si tratta di fossati con vegetazione esuberante, il soffietto può venire inserito attraverso di essa e si può così lanciare la polvere direttamente sull'acqua, anzichè sul fogliame.

La quantità da usarsi è di 1/10 di cmc. per ogni mq. di superficie acquea; ne consegue che un litro di verde di Parigi (1250 g.) è sufficiente per 10,000 mq. di superficie o per 10 km. di spon-

da. In tale quantità, esso provoca invariabilmente la morte del 100 % delle larve anofeliche, indipendentemente dalla quantità della vegetazione rivierasca o dall'essere l'acqua stagnante o corrente.

Il prezzo del verde di Parigi è bassissimo: l'A. lo valuta di 20 lire al chilogramma (1); la spesa totale per preparare la miscela e per lo spargimento non eccede un centesimo e mezzo per ogni mq. di superficie idrica.

Gli intervalli fra le applicazioni vanno tenuti più brevi del periodo occorrente allo svilupparsi delle ninfe di Anopheles, a seconda della stagione e della specie. Si deve tener conto che il prodotto non agisce sulle ninfe.

Le persone che spargono il verde di Parigi non soffrono alcun disturbo se hanno l'avvertenza di tenersi sopra vento della nuvola di polvere, di cambiarsi il vestito a lavoro terminato e di lavarsi le mani prima di mangiare. Uno dei pregi del verde di Parigi è l'assoluta innocuità per qualsiasi sorta di pesce, compresa la Gambusia, come pure per gli animali domestici e per i vegetali; esso non rende l'acqua inservibile per gli usi domestici. Tutto ciò è di grande importanza, specialmente per i paesi meridionali dove l'acqua scarseggia ed è quindi necessario non renderla inutilizzabile per l'abbeveramento del bestiame o per la lavatura dei panni.

L'uso del verde di Parigi è stato inserito nelle Istruzioni tecniche per combattere la malaria (Decreto del Ministero dell'Interno, 28 febbraio 1925) (nella parte essenziale da noi già riportate).

fil.

(1) Ci risulta che si è ancora ridotto: è adesso intorno a 15 lire.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cicatrici da condilomi acuminati. — All'abbonato n. 6022:

I condilomi acuminati, i quali dal punto di vista istologico rappresentano uno stato d'intensa proliferazione dell'epitelio con allungamento delle papille del derma, i cui vasi sono dilatati, e che sono infiltrate da numerose cellule connettivali e rotonde, in generale guariscono senza lasciare cicatrici clinicamente evidenti, a meno che queste non siano provocate dai mezzi adoperati per la cura oppure, il che è ancora più raro, da complicazioni (cancrena) del processo propriamente detto. V. MONTESANO.

Enfisema sottocutaneo dopo rifornimento pneumotoracico. — Al dott. A. B.:

In generale il decorso di un enfisema sottocutaneo, che segue a rifornimento pneumotoracico, ha decorso rapidamente favorevole. È difficile stabilire il tempo esatto di durata; dipende anche dall'entità dell'enfisema.

Per evitare che l'enfisema si riproduca, nei rifornimenti successivi, non bisogna oltrepassare i limiti imposti dalle regole comuni nella quantità di gas di rifornimento. A tale uopo è sempre utile ubbidire alle indicazioni del manometro, che qualcuno tende a trascurare dopo lunga pratica.

P.

VARIA.

Collaborazione tra medicina umana e veterinaria.

Il prof. Barbier, nel lasciare la presidenza dell'Accademia di Medicina di Parigi, ove è stato sostituito dal Bar, volle illustrare l'importanza della veterinaria nella tutela della salute pubblica: « I veterinari, chiamati ad assumere un compito sempre più preponderante nelle industrie animali, insegneranno agli agricoltori a fornire all'alimentazione umana dei prodotti migliori, più sani, meglio controllati; a sopprimere i rischi di contaminazione dell'uomo da parte degli animali; essi diverranno, allora, con i medici, la possente armatura dell'igiene e della salubrità pubbliche ».

Abbiamo voluto cogliere questo spunto per trarne occasione a rilevare e a deplorare la mancanza d'intesa e di collaborazione che in Italia si avverte tra le due medicine, le quali si disconoscono, quasi sdegnose l'una dell'altra. Nulla di simile avviene in Francia, ove esse si scambiano procedimenti tecnici, concezioni dottrinali e personale, e si prestano un mutuo appoggio con vantaggio reciproco e della collettività; basti pensare che sono stati veterinari Arloing, Leuckart, Moussu, Davaine e Chauveau, i quali tanta parte hanno avuto nei progressi della medicina umana. In Italia non mancano buoni nomi: Perroncito, Paladino, Ercolani, ecc., veterinari benemeriti anche della medicina umana.

(Dagli *Annali d'Igiene*, apr. 1926).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA (*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XL. — Il sindacato della pubblica amministrazione sul procedimento seguito e sui criteri applicati dalle Commissioni dei concorsi.

Spetta alla Commissione esaminatrice dei titoli dei concorrenti la determinazione dei criteri che essa deve osservare al fine della valutazione stessa, qualora, s'intende, non siano stabiliti dalla legge, dal regolamento o nell'avviso del concorso.

La determinazione dei criteri generali e di massima è, entro certi limiti, discrezionale, ma non è insindacabile. Se i criteri stabiliti o l'applicazione che ne è stata fatta sono viziati da illegittimità (violazione di legge o di regolamenti, contraddizione, illogicità, ecc.), l'autorità che deve provvedere alla nomina non è obbligata a deliberare senz'altro sulla graduatoria formata dalla Commissione, ma può e deve esercitare un sindacato sul procedimento seguito e sui criteri stabiliti ed applicati dalla Commissione. Questo sindacato però non può riferirsi alla valutazione tecnica, ma ha un contenuto ristretto: è sindacato di legittimità, diretto cioè ad accertare se sia stata violata una disposizione di legge, di regolamento o dell'avviso del concorso o se la Commissione ha ecceduto dai limiti del suo potere, inteso lo « eccesso » come « deviazione dal fine » per il quale il potere di valutazione è attribuito alla Commissione. Se per es. (come nel caso risoluto dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 19 febbraio 1926 n. 101) risulta che la Commissione ha sopravalutato determinati titoli « contro lo scopo per cui il concorso era stato bandito » si verifica un caso di deviazione dal fine. In questa ipotesi il Comune, esercitando un sindacato di legittimità sul procedimento e sulle determinazioni della Commissione, correttamente ne annulla il giudizio e rinvia gli atti alla medesima per nuovo esame.

XLI. — Revoca di concorsi per esigenze di pubblico interesse.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale ha costantemente ritenuto che l'autorità o l'ente che ha bandito un concorso, possa decretarne la revoca, prima che il concorso abbia raggiunto il suo regolare esito finale, purchè tale provvedimento sia richiesto da esigenze di pubblico interesse.

Questa massima è stata riconfermata dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 27 febbraio 1926 n. 61, per un concorso che era stato revocato perchè era sopravvenuta una riforma che aveva modificato essenzialmente l'ordinamento degli studi, con ripercussione sul posto che era oggetto del concorso.

Nello stesso senso già segnalammo il caso deciso a proposito dell'annullamento del concorso per la nomina di alquanti farmacisti militari: essendo sopravvenuto un nuovo ordinamento, il concorso fu revocato perchè potesse esserne indetto un altro in conformità delle norme sopravvenute.

Rimane però fermo il principio che, indetto un concorso, specialmente se sono scaduti i termini per la presentazione delle domande, l'ente è obbligato a continuare e completare il procedimento allo effetto della nomina, salvo il caso di revoca per *causa legittima*, cioè concreta, positiva, accertata e tale che renda necessario un nuovo concorso a condizioni diverse.

XLII. — Titolo militare di diverso grado.

Dovendosi tener conto in un concorso delle benemerenze di guerra si deve considerare più rilevante il titolo militare se questo sia relativo a servizio militare prestato con un grado superiore in confronto di quello di altri concorrenti? La questione si è presentata innanzi alla V Sezione del Consiglio di Stato, la quale, con decisione 27 febbraio 1926 n. 63, ha correttamente dichiarato che « il fatto di avere prestato servizio militare col grado di ufficiale, non può essere considerato come benemerenza di guerra in confronto di chi prestò servizio come soldato o caporale, ecc., giacchè le benemerenze di guerra si riferiscono evidentemente alle azioni di merito durante la guerra, *le quali sono indipendenti dal grado che si riveste* ».

XLIII. — Nozione del rapporto di impiego.

Secondo la giurisprudenza del Consiglio di Stato le nozioni di « rapporto di impiego » e di « impiegato », alle quali corrisponde la giurisdizione esclusiva della G. P. A. a norma dell'art. 4 del T. U. 26 giugno 1924 n. 1058, devono essere intese in senso largo sì da comprendere anche quei dipendenti degli enti locali che non sono stati assunti per posti di ruolo (straordinari, avventizi e simili), e cioè anche se il rapporto d'impiego sia disciplinato da un capitolato speciale (Consiglio di Stato, Sez. V, 29 gennaio 1926, n. 25).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I concorsi a Primario negli Ospedali.

Gli Ospedali sono oggi Istituti intorno ai quali si agita un gran fervore di vita moderna: sono essi gli ambienti ove ad un tempo trovano vasto campo di attuazione le sagacie dei medici, dei chirurghi, dei chimici, degli edili e il senno degli amministratori e il sentimento degli uomini, il tutto posto a diuturna e vivace prova. Questo alto complesso di cose che dura da secoli ha collocato cotali Istituti in una posizione privilegiata al cospetto della società umana.

E il privilegio è consistito nella protezione indulgente dalle leggi di tassazione e nell'essere stati in ogni tempo raccoglitori ed eredi della beneficenza privata e della munificenza pubblica. Il pubblico li ha guardati con fiducia crescente ed essi hanno sempre più spalancate le loro porte all'ingredire dei tecnici pubblicamente riconosciuti migliori.

Questo lodevole stato di cose ha dato agli Ospedali una grande indipendenza e li ha posti (a differenza di altri grandi servizi pubblici, come la Giustizia, le Ferrovie, ecc.) al di fuori dell'invadente statizzazione. Ogni Ospedale infatti ha un ordinamento proprio, non dico nel servizio interno, del che non sarebbe il caso di occuparci qui, ma in ciò che è assai più importante, in tutto quello che si riferisce al personale effettivo o virtuale, presente o futuro. Da una regione all'altra d'Italia vi sono differenze assai profonde negli ordinamenti e nel reclutamento del personale ospedaliero, e tali differenze sono così varie e numerose che meriterebbero uno studio dettagliato da doversi trattare di proposito a parte.

Ma questo particolarismo che è frutto della tranquilla e insindacata tradizione pietosa locale, ed è per sè ancora rispettabile fino ad un certo punto, non lo è più invece quando lo guardiamo al lume dei nuovi più forti e più legittimi interessi accumulatisi col volgere dei secoli. È proprio da questo particolarismo, da questa privilegiata autonomia locale che derivano in gran parte il disordine e la irregolarità dei criteri che hanno fin qui presieduto ad uno dei più importanti momenti della vita ospedaliera: *la nomina dei Primari.*

Anche prima della guerra da parte di coloro che per i loro studi si consideravano atti ad avanzare nei posti più alti, si sentiva esistere come una cerchia di insormontabilità, come una proibizione al proseguimento di una saggia legittima via, proibizione e chiusura incongrue con il comune e lato sentimento, diffuso nell'età nostra: cioè essere lecito ad ognuno di correre le oneste vie del miglioramento di posizione. Ma ciò che rendeva crudele e stupefacente la cosa era il fatto che gli stessi corpi amministrativi, i quali ponevano per i concorsi i limiti bassi di età, se interrogati di proposito sul motivo di ciò, non rispondevano se non invocando la consuetudine e la tradizione; altra ragione infatti non avrebbero potuto avanzare, ad eccezione di una, e cioè la ragione economica, in quanto che si ponevano bassi limiti di età, cioè 35, 40 anni, nel pensiero che ciò avrebbe permesso all'Amministrazione di percorrere molti anni senza peso di pensioni.

Questa ragione dal punto di vista della cura dei malati è evidentemente povera ed inerte. *In tal modo però il fiore dell'esperienza clinica, che si integra appunto dai 40 ai 50 anni, viene del pari economizzato ai malati.* E medici di alto merito vengono per tutta la vita esclusi dai grossi concorsi, se il loro 44º anno li ha lasciati Primari nel capoluogo di circondario o di mandamento. Ciò è anche più grave, perchè tutto questo personale che può possedere eccellenti qualità resta così silenziosamente invitato da quei regolamenti a mettersi in quiete di studi e in stato di rinuncia perchè le vie al suo progredire sono già chiuse.

Ben altri concetti, secondo le moderne esigenze, devono guidare le Amministrazioni nella scelta dei Primari! Lungi dall'essere fuorviate da queste meschine preoccupazioni economiche, esse devono al contrario togliere il veto dei limiti di età ed *aprire le porte dei concorsi a tutti i medici italiani di qualunque età e provenienza, che abbiano i requisiti sufficenti di scienza, di tecnica, salute e moralità.* Così lo stimolo al progredire rivolto ai Primari dei piccoli centri e il premio delle annose fatiche saranno più razionalmente stabiliti e distribuiti; così verrà istituito uno smistamento più frequente ed una più fisiologica e razionale e meritoria distribuzione di personale: così verrà fornito il modo di funzionare da caposervizio ai meno anziani in centri buoni e secondari, e invece nei grandi Ospedali sarà fornito agli infermi un personale direttivo di grande esperienza: qualità questa che al pari dell'abilità di dare brillanti esami e di scrivere buoni lavori è da tenere in alto conto per i primariati. Perchè mai l'esperienza è tenuta soltanto in gran conto nei nostri massimi Istituti di Medicina, cioè nelle Università, ove i Maestri Medici per-

rimangono in servizio fino ai 75 anni? Tale limite per i primariati è da ritenersi troppo alto per l'uscita dal posto, ma per le ragioni date sono da ritenere troppo bassi i limiti ancora in uso per l'entrata in servizio.

La guerra li ha in parte rialzati, screditando l'usato rigorismo dei 40 anni. Ma perchè cotali mezze misure? Si lascino le porte aperte a tutte le età, aumentando in tal modo tante energie che si ipotrofizzano nei piccoli centri. Si secondera così la moltiplicazione di alte competenze cliniche presso le minori agglomerazioni civili e il lievito degli studi e delle ricerche continuerà a fermentare il pane intellettuale quotidiano di tutti quei medici che con la nostalgia delle Cliniche hanno dovuto ritirarsi in centri minori. *Tale sistema della porta aperta non può dare che vantaggi.* A impedire poi i pericoli di assunzioni errate rimangono pur sempre in atto due potenti filtri e cioè: prima la Commissione Esaminatrice e poi la Commissione Amministrativa, le quali se energicamente funzionanti, offrono completa garanzia di scelta giusta e buona.

Riassumendo:

L'Ospedale non deve più considerarsi soltanto un Pio Luogo, un'Opera Pia guidata da criteri particolaristici frutto di tradizioni e di malintesa economia, bensì come l'organo principale del servizio sanitario civile, in cui la collettività esercita per eccellenza — attraverso ad una specie di Magistratura Sanitaria — le sue funzioni di tutela della pubblica salute. Ed i criteri tecnico-amministrativi che ad essi presiedono devono pertanto essere fissi ed il più possibile uniformi ed improntati alle esigenze diffuse dei tempi nuovi, di cui una fra le più sentite ed importanti è questa: che i Primari siano medici di età, dotati, oltrechè di requisiti scientifici, di gran corredo di esperienza clinica e di lungo tirocinio pratico. La *conoscenza dell'ammalato, l'educazione clinica e tecnica*: ecco ciò che — secondo il Muscatello (*Riforma Medica*, anno 37, n. 7) — e secondo il Rossi (Prolusione al corso di Clinica Chirurgica) *costituisce il maggior merito dei Primari*; ed è tempo che queste voci, così alte ed autorevoli, di maestri indiscussi per scienza e coscienza, siano ascoltate dai Reggitori della cosa pubblica e passino finalmente alla loro pratica applicazione in una Riforma organica e generale degli Ordinamenti riguardanti il Personale Sanitario Ospitaliero.

Dott. GAETANO CAIRO

Dott. ZEFIRO MOLINARI.

Dall'Ospedale Civile di Codogno, 10 giugno 1926.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Direttore del Laboratorio di chimica e microscopia clinica e del Gabinetto di anatomia patologica. Lire 8800 con aumento temporaneo del 10 %; indenn. c.-v.; 50 % esami privati. Scad. 5 luglio. Per informazioni rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

CAPRESE MICHELANGELO (*Arezzo*). — Al 4 luglio ore 17; L. 10,000 per 1500 pov.; L. 3000 cavalc.; c.-v.; L. 500 uff. san.; 4 quadrienni dec.; popolaz. legale 3100, iscritti circa 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 4 giu.

CELLAMONTE (*Alessandria*). — Scad. 6 luglio; L. 7000 oltre L. 500 uff. san. e L. 2000 cavalc.

CHIUSAFORTE (*Udine*). — Scad. 10 lug.; 2° reparto di consor.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp., c.-v. di Stato, 6 quadrienni dec.

GAVORRANO (*Grosseto*). — Scad. 15 lug., per Scarlino; L. 9700 oltre assegno complementare rivedibile di L. 1200 e 5 quadrienni dec.

LAMA MOGOGNO (*Modena*). — 2ª cond.. Scad. 60 gg. dal 1° giu. a ore 17. Ab. 866 agglomer. e 2943 sparsi; iscritti c. 400. L. 8500 e 10 bienni ventesimo; L. 2500 cavallo; età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

MOGLIANO VENETO (*Treviso*). *Istituto Pio Costante Gris.* — Direttore sanitario. A tutto il 15 lug. L. 14,000 lorde e 5 quinquenni dec., c.-v. di legge; alloggio a muri vuoti, orto e illuminaz. gratuiti; esclusa ogni altra indennità. Competenza di tecnica manicomiale attestata da manicomio o clinica pediatr. Tassa L. 50. Docum. a 6 mesi dal 10 giu. Età 30-45 a. Prova bienn. Chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria.

PORTACOMARO D'ASTI (*Alessandria*). — Medico residente con le funzioni di med. cond. supplente e di uff. san.; L. 400 (*sic*) mens.; la nomina sarà fatta dal Podestà senza regolare concorso, per il 1° luglio, data dalla quale dovrà iniziarsi il servizio. Assicurati proventi esercizio libero.

ROCCASECCA DEI VOLSCI (*Roma*). — Scad. 4 lug.; L. 10,500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3600 cavalc., L. 400 uff. san., L. 600 arm. farm., L. 2000 c.-v. Tassa L. 50.10.

ROMA. *Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità M. M.).* — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Scad. 2 ag. ore 10. Vedi fasc. 19.

SIRACUSA. *R. Prefettura.* — Ufficiali san. per Florida, Ferla, Spaccaforno, Pachino, Pozzallo; stipendi L. 6000 e 7000; divieto di eserc. profess.; indenn. annua speciale da fissare; 4 quadrienni dec. Docum. a 3 mesi dal 7 giu. Scad. 45 gg. dal 7 giu. Età lim. 45 a.

VENEZIA. — Per Treporti (II Reparto fraz. di Burano); L. 10,500 e 4 quinq.; serv. att. L. 500; c.-v.; trasp. L. 1000; età lim. 40 a.; eserc. prof. triennale, di cui 2 alm. in osped. import., o triennio di condotta e 1 di pratica osped.; tassa L. 25.

Il Comune si riserva di assumere informazioni sul conto dei concorrenti e di escluderli senza obbligo d'indicarne i motivi, rimborsando la tassa. Scad. 5 luglio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giorgio Portman, aggregato di oto-rino-laringologia alla Facoltà Medica di Bordeaux, è nominato titolare della stessa cattedra.

Il dott. Spiridione Oeconoms è nominato straordinario di urologia all'Università di Atene.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Cavaliere: dott. Marcello Agostini di Roma. Rallegramenti al nostro ottimo amico.

Ufficiale: prof. Arturo Manna di Urbino.

PROFILI.

Hermann Sahli.

Il mondo medico svizzero prepara cordiali onoranze al prof. Hermann Sahli, che sta ora per compiere il suo 70° anno in piena attività e con sorprendente freschezza delle sue alte facoltà intellettive.

Nato a Berna il 23 maggio 1856, il Sahli ha trascorso nella città natale tutta la sua vita scientifica e professionale, rinunziando a lusinghiere profferte pervenutegli da centri scientifici importanti, come Vienna e Strasburgo. Ha contemperato la direzione della Clinica medica col primariato ospedaliero.

Il Sahli è notissimo a tutti i medici per il suo trattato di semeiotica, il quale vanta la gloria di numerose edizioni e di parecchie traduzioni. Esso comparve la prima volta nel 1895; dopo è venuto notevolmente ingrandendosi, fino a triplicarsi, ma ha conservato il primitivo carattere di chiarezza e di praticità.

Noi vogliamo qui sovratutto rilevare l'originalità dei contributi al sapere recati dal Sahli.

Egli introdusse in medicina la determinazione del tasso emoglobinico per la diagnosi delle anemie: per tal modo fu uno dei creatori della moderna ematologia. Oggi sembra quasi inconcepibile che prima di lui l'anemia si diagnosticasse solo dal pallore della cute e delle mucose!

Dobbiamo al Sahli anche la pratica odierna della tubercolinoterapia; difatti fu lui a stabilire la necessità di evitare ogni reazione da parte dell'organismo, valendosi di dosi minimali crescenti, criterio oggi universalmente seguito e che ha permesso di utilizzare questa preziosa risorsa della terapia.

Vogliamo anche ricordare gli studi del Sahli sulla coagulazione del sangue. Egli ha dimostrato l'origine chimica di questo fenomeno. Ha accertato che l'emofilia dipende da un'anomalia costituzionale ereditaria del sangue, di cui la costituzione morfologica e il tenore in fibrina sono normali. Ha riconosciuta l'azione anticoagulante dell'estratto di sanguisuga e l'ha applicata alla cura delle trombosi recidivanti.

La coincidenza di un'epidemia di vaiolo e di una di varicella in Svizzera l'ha condotto a formulare la teoria dell'unitarismo delle due affezioni, la quale può avere larghe ripercussioni nel campo igienico.

Sua preoccupazione costante è stata quella di mettere a portata del medico pratico i metodi di laboratorio, rendendoli accessibili con tecniche semplificate, così da facilitare le investigazioni e gli esami di laboratorio al letto del malato. Tutti i suoi lavori sul funzionamento degli organi della digestione hanno questo scopo: ricordiamo la pratica delle capsule « desmoidi » per l'esame funzionale dello stomaco e delle capsule « glutoidi » per l'esame funzionale del pancreas. L'emometro, oggi universalmente utilizzato, lo sfigmomanometro a mercurio, d'impiego comodissimo e dai risultati esattissimi, rispondono pure a questa finalità.

Il Sahli è un maestro eccellente e coscienzioso: attraverso la sua clinica è passata tutta una serie di generazioni di medici, che hanno largamente profittato delle sue capacità didattiche e della sua esperienza. Egli ci ha offerto anche un bell'esempio di probità e di coscienza medica.

R. D.

NOTIZIE DIVERSE.

In onore del sen. Marchiafava.

Il 17 corr., nella sede della Reale Società di Medicina e d'Igiene Tropicale in Londra, si è svolta la cerimonia della consegna del premio Manson al sen. Ettore Marchiafava.

Alla cerimonia assistevano l'ambasciatore d'Italia marchese Della Torretta e molte illustri personalità della scienza britannica. Il presidente della Società, sir Andrew Balfour, illustrò le benemerenze della scienza italiana e in particolare il valore dei contributi recati alle nostre conoscenze sulla malaria dal sen. Marchiafava, nonchè da altri investigatori italiani, e rilevò che ne sono derivati incalcolabili benefizi. Consegnò poi la medaglia d'oro e il relativo diploma al festeggiato, che rispose ringraziando in nome proprio e degli altri studiosi che si è inteso di onorare.

Il premio Manson — forse il più importante premio istituito in Inghilterra nel campo della medicina — viene conferito ogni tre anni a quello scienziato, di qualsiasi parte del mondo, che abbia compiuto studi concreti di maggiore importanza, concernenti la medicina e l'igiene tropicali.

Il sen. Marchiafava raccoglie, così, un nuovo frutto del suo alto valore scientifico. A lui il plauso reverente di tutti i medici italiani.

Missione medica italiana in Argentina.

Sono partiti per l'Argentina i professori Vittorio Ascoli, direttore della R. Clinica Medica, e Giulio Alessandrini, direttore del Gabinetto di parassitologia della nostra Università, accompagnati

dal dott. Arnaldo Pozzi. Accogliendo un invito ufficiale di quel governo, essi si recano a rappresentare la scienza italiana al Congresso Medico Argentino, che si adunerà a Buenos Aires dall'8 al 18 luglio prossimi. I due illustri scienziati esporranno i risultati della loro esperienza e dei loro studi sulla malaria, la quale oggi costituisce uno dei più gravi problemi igienico-sanitari per la grande repubblica neo-latina. Il prof. Ascoli terrà anche un discorso a sezioni riunite.

Un denso gruppo di colleghi, studenti e amici, si è recato alla stazione ferroviaria a porgere un saluto augurale ai partenti e ad esprimere loro sensi di vivo compiacimento per l'alto onore che è stato fatto, per loro mezzo, alla medicina italiana, la quale sa mantenersi all'altezza dei tempi e gode all'estero di meritato credito. Tra gli intervenuti era il ministro dell'Argentina presso il Governo italiano, S. E. il prof. Fernando Pérez, attivo promotore degli scambi intellettuali tra l'Argentina e l'Italia.

In onore del prof. Valagussa.

Nelle sale del Preventorio Maraini in Roma (via Rubicone) si sono raccolti tutti i medici che hanno frequentato il corso d'igiene ed assistenza infantile indetto dalla Croce Rossa e tenuto dai proff. De Sanctis, Gualdi, Ilvento, Maggiora, Mancioli, Crainz, Piperno, Ronchi, Serena, Simpa, Zanelli, sotto la guida del direttore del corso prof. Francesco Valagussa. Intervennero la N. D. Carolina Maraini, il direttore generale della Croce Rossa Italiana gen. Baduel, tutti i docenti e numerosissimi medici. Parlarono il dott. M. Moscarini a nome di tutti i colleghi, e il gen. Baduel, a cui rispose il prof. Valagussa, ringraziando.

Furono offerti fiori a donna Maraini e fu servito un rinfresco.

L'inaugurazione del monumento al prof. Gaetano Rummo.

Il 4 luglio verrà inaugurato un monumento al compianto prof. Gaetano Rummo nella nativa Benevento. L'Ordine dei medici della Provincia e la Banca Commerciale di Benevento, che fu fondata dal prof. Rummo, hanno reclamato l'onore ed il merito della iniziativa con slancio entusiastico.

La cerimonia assumerà una importanza, che esorbita dai limiti della città nativa, stante la elevatezza della persona da commemorare e ricordare alle generazioni future.

Il sen. Edoardo Maragliano ha accettato di tenere il discorso inaugurale commemorativo di chi resterà tra le glorie più fulgide della medicina nazionale.

La cerimonia solenne sarà onorata dall'intervento di S. E. il ministro dell'Istruzione Pubblica on. Fedele, di S. E. il presidente della Camera dei Deputati on. Casertano, di rappresentanti delegati del Consiglio Superiore della P. I. (il prof. Rummo fece parte della Giunta del Consiglio), delle scuole universitarie ufficiali di Clinica e Patologia Medica e di Farmacologia, degl'insegnanti universitari pareggiati, della Società Italiana di medicina interna (il prof. Rummo ne era vice-presidente), delle Autorità comunali e provinciali, delle Istituzioni ospedaliere e di pubblica beneficenza, di Associazioni operaie, della Stampa medica italiana. Hanno anche preannunziato l'intervento numerosi colleghi, alunni ed amici del compianto Maestro.

Oltre il sen. Maragliano, nella cerimonia inaugurale, parleranno il cav. gr. cr. on. avv. Foschini, l'on. prof. Pietro Castellino, il prof. Luigi Ferrannini, il R. commissario comm. Donisi.

La capitale dell'antico Sannio sarà orgogliosa del plebiscito nazionale di omaggio e di reverente ricordo al grande suo figlio.

Società Napoletana di Chirurgia.

Il 12 giugno u. s. ebbe luogo l'ultima seduta dell'anno sociale 1925-26 di questa Società. In tale occasione l'Ufficio di Presidenza uscente e per statuto per un anno non rieleggibile, comunicò il testo di un bando di concorso che fra qualche giorno sarà annunziato. Fu eletto pure il nuovo Ufficio di Presidenza, che risultò così costituito: dott. A. P. Ricci, presidente; prof. R. Janni e prof. G. Marsiglia, consiglieri-vice-presidenti. Con la prossima seduta, che avrà luogo in luglio, la Società Napoletana di Chirurgia, che raccoglie il maggior numero dei chirurgi della città, entrerà nel secondo anno di vita feconda.

Corso di perfezionamento.

Dal 19 al 31 luglio si terrà, presso l'Ospedale Marittimo di Berck Plage, una serie di lezioni sulle tubercolosi osteo-articolari e ganglionari e su alcuni elementi d'ortopedia pratica; il corso sarà diretto dal dott. E. Sorel, coadiuvato dai dottori Andrien, Bouquier, Delahaye, Mozer, Lange e Ducroquet. Tassa d'iscrizione Fr. 200. Per ogni informazione rivolgersi al dott. Delahaye, Hôpital Maritime de Berck Plage (P. d. C.), Francia.

Conferenze igienico-sanitarie alla Milizia Nazionale.

Come avemmo già ad annunziare, il 12 giugno ebbe contemporaneamente luogo in 25 città d'Italia sedi universitarie (Roma, Milano, Napoli, Torino, Palermo, Genova, Bologna, Padova, Pavia, Firenze, Parma, Modena, Pisa, Perugia, Sassari, Bari, Messina, Catania, Cagliari, Camerino, Siena, Ferrara, Macerata, Portici, Urbino) una cerimonia austera nella sua semplicità.

I Gruppi Aiuti ed Assistenti fascisti ubbidendo all'ordine ricevuto dal Partito e dalla Milizia, hanno iniziato un ciclo di conferenze educative, igieniche, sanitarie, ai soldati della Rivoluzione.

In ciascuna Università, il segretario di Gruppo, alle ore 18 precise, ha pronunciato le seguenti parole:

« In questo stesso istante venticinque Legioni della Milizia si riuniscono nelle aule delle Università d'Italia a compiere uno stesso rito di amore e di fede.

I nostri gagliardetti assumono oggi il nome di un caduto nostro. Ed in nome dei caduti nostri, noi portiamo la parola della scienza ai soldati della rivoluzione.

Da oggi, non ci sarà più un lembo di stoffa, ma un'anima viva. In guerra, come in pace, noi — Aiuti ed Assistenti delle Università d'Italia — siamo al nostro posto: di combattenti e di costruttori per la più grande Italia ».

Indi ciascun segretario di Gruppo ha pronunciato a voce alta il nome del caduto al quale è stato intitolato il Gruppo.

Al nome ha risposto l'eco possente dei convenuti: « Presente! »; dopo di che hanno avuto inizio le conferenze.

La cerimonia si è ripetuta nella identica guisa in tutte le Università del Regno: a dimostrare il perfetto spirito di disciplina degli Aiuti ed Assistenti universitari.

Solo a Roma la conferenza è stata tenuta da un professore titolare, dal sen. prof. Cirincione, in omaggio alla sua azione a favore degli Aiuti universitari.

Conferenza sull'assistenza all'infanzia.

Alla Sala Minerva di Roma, ove si svolge l'attiva propaganda igienica promossa dalla Cineteca Comunale, il prof. L. Spolverini, direttore della Clinica pediatrica di Pavia, ha tenuto un'interessante conferenza sui progressi della scienza nell'alimentazione infantile, che ha illustrato con diagrammi e proiezioni. Fra l'altro, in essa ha dato notizia di importanti studi compiuti da lui e dai suoi collaboratori, che tendono a dimostrare la digeribilità dei farinacei anche nella prima infanzia. Il problema è del massimo interesse anche per la pratica e ci auguriamo che ben presto i resoconti di tali studi vedano la luce. Altri nuovi concetti di grande interesse ha esposto il conferenziere sull'azione dei raggi ultravioletti che provocano notevoli modificazioni negli alimenti e costituiscono un ottimo metodo di cura del rachitismo.

Alla conferenza ha seguìto la proiezione della pellicola edita dal Governatorato di Roma e che illustra le opere romane di assistenza all'infanzia.

Coordinamento delle attività delle Colonie Marine in Roma.

Fin dall'aprile scorso il Governatore ebbe a stabilire alcune direttive di massima per il coordinamento dell'opera svolta da Enti e da privati nel campo dell'assistenza profilattica dell'infanzia.

Il vice governatore Vaselli che presiede ai servizi di assistenza sociale, ebbe già a convocare nel suo ufficio tutti i rappresentanti degli Enti che provvedono allo scopo suindicato e in seguito ad accordi intervenuti, in linea di esperimento, è stato stabilito un nuovo ordinamento di massima per le varie colonie marine della città.

Le colonie Di Donato, che sono a considerarsi come collegate con la scuola, continueranno ad accogliere *esclusivamente*, bambini provenienti dalle scuole elementari del Governatorato, gracili e predisposti ma non infermi; l'ammissione avverrà soltanto nel periodo di età dai 6 ai 12 anni.

L'Ospizio Marino di Ostia e la Colonia permanente di Formia accoglieranno ugualmente bambini provenienti dalle scuole elementari e dentro gli stessi limiti di età, predisposti e gracili, ma non infermi.

La Colonia di Formia sarà destinata ai convalescenti di pleurite.

Le Colonie della Croce Rossa, se, com'è augurabile, aderiranno al saggio punto di vista dell'Amministrazione civica, potrebbero accogliere i bambini di età inferiore ai 6 anni, e ciò tenuto particolare conto dell'ordinamento e dello speciale attrezzamento di cui dispone la benemerita istituzione e che la mettono in grado di prestare opera efficace ai bambini più piccoli; e ciò indipendentemente dalle prestazioni a favore dei bambini non appartenenti alle scuole elementari.

Le Colonie Guardabassi e Nenci, che potranno essere considerate sussidiarie delle altre Colonie, potrebbero accogliere, nel primo turno, i bambini non appartenenti alle scuole elementari in età dai 6 ai 12 anni, e negli altri turni i giovinetti dai 12 ai 15 anni, tenendo presente che la Colonia Guardabassi accetti soltanto i maschi e la Colonia Nenci, le femmine. Gli infermi saranno inviati agli Ospizi Marini di Anzio.

Tutti indistintamente i fanciulli, per essere ammessi alle Colonie Marine, sia dell'Amministrazione o di Enti, sia di carattere privato, dovranno subire un'accurata visita da parte dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato. È riservata all'Ufficio d'Igiene la vigilanza di tutte le Colonie dal punto di vista sanitario ed igienico.

Una visita al Preventorio della Croce Rossa « Emilio Maraini ».

Gli studenti del 5° Corso di Pediatria della Regia Università hanno visitato il Preventorio della Croce Rossa « E. Maraini » di cui è direttore il prof. Francesco Valagussa, titolare della Cattedra di Pediatria della R. Università. Era a ricevere gli ospiti insieme a lui il direttore generale della Croce Rossa prof. Baduel, il quale diede loro il benvenuto nel Preventorio che costituisce il primo anello della lotta antitubercolare, perchè sottrae il fanciullo appena nato ai pericoli del contagio della madre tubercolosa, esaltò l'opera del loro maestro prof. Valagussa, il quale ha acquistato tante benemerenze nei nuovi compiti che l'Italia si è assunta per la protezione della maternità e dell'infanzia e che ha dato così illuminata collaborazione alla nuova legge ed al regolamento dovuto alla mente e al cuore di Luigi Federzoni. Ed espresse il convincimento che nell'alta carica di Vice-presidente dell'Opera egli porterà un contributo di scienza e di pratica rilevante e fecondo, per la difesa del più prezioso patrimonio umano: il fanciullo. Gli studenti accolsero con calorosi applausi le parole del direttore della Croce Rossa e tributarono al loro maestro una commovente manifestazione di simpatia insieme a Donna Carolina Maraini che del Preventorio fu fondatrice e donatrice alla Croce Rossa Italiana. Uno studente disse parole piene di sentimento e provocò una calorosa dimostrazione dei suoi compagni all'indirizzo della generosa signora.

I medici del Corso di perfezionamento di assistenza all'infanzia, che testè ebbe termine nel

Preventorio della Croce Rossa « Emilio Maraini », i medici del Corso di specializzazione in Pediatria della R. Università e gli studenti del 6° anno di medicina, tutti allievi dell'illustre prof. Francesco Valagussa, hanno inviato al loro maestro in omaggio L. 695, per l'acquisto di un apparecchio scientifico, destinato a maggiore incremento degli studi del Preventorio « Maraini », benefico anche nel campo della lotta per l'assistenza all'infanzia.

La festa del fiore in Roma.

La festa del fiore, che a cura del Comitato Romano contro la tubercolosi, e sotto gli auspici del Governo Nazionale, si è svolta nella recente ricorrenza dello Statuto, ha dato risultati finanziari abbastanza soddisfacenti.

La somma complessiva raccolta ha superato quella degli anni scorsi. Si sono infatti avute: dalla questua pubblica L. 38.816,95; dalla questua nelle chiese L. 6000; per oblazioni private L. 2330.80. Totale L. 47.147,75. Confrontando queste cifre con quelle ottenute nell'anno decorso, risulta una differenza assai notevole.

Il maggiore introito è dovuto, senza dubbio, non solo ad un'organizzazione più perfetta e ad una propaganda più viva ed intensa, ma a collaborazioni più fervide, ad iniziative più feconde, ad una più consapevole partecipazione della cittadinanza all'opera del Comitato Romano.

Invito ai medici italiani.

La SITMAR (Società Italiana Servizi Marittimi) ha organizzato delle crociere alle quali possono prendere parte i medici e le loro famiglie a condizioni speciali di favore. Le prossime crociere nordiche annunziate avranno luogo da Amburgo e dalla Norvegia all'Irlanda, Isole Faroer e Spitzberg e da Amburgo a Genova. Per informazioni rivolgersi alla sede, in Genova, via Balbi, 2.

Anniversario di laurea.

I laureati in medicina e chirurgia nella Università di Bologna negli anni 1876 e 1877, che intendono festeggiare il 50° anno d'insegnamento del venerato ed amato loro Maestro Augusto Murri, ed in pari tempo il compimento del 50° anno di laurea per i primi, e l'inizio per i secondi, sono invitati a mandare le loro adesioni in Ancona al dott. Geremia Fuà.

La data della riunione, nonchè la località ed il relativo programma saranno resi noti, dopo ottenute le adesioni.

Il Comitato Promotore è composto dei dottori Tommaso Casali di Pergola e Geremia Fuà di Ancona.

Medaglia d'oro ad una suora.

Il Consiglio d'Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Milano ha decretato una medaglia d'oro a suor Rosina D'Anna, che è a capo del personale religioso femminile dell'Ospedale. La consegna è stata fatta con solenne cerimonia, nella Cappella dell'Ospedale, presenti varie autorità, il Consiglio d'Amministrazione, medici e suore. Celebrò la messa e pronunziò un discorso l'arcivescovo card. Tosi.

Si è spento a Napoli il dott. GIACOMO CORSELLI, capo di quell'Ufficio Provinciale Sanitario. Era nato a Palermo; era stato medico provinciale ad Avellino, Parma, Bari, Torino ed infine a Napoli ove rimase per diciotto anni, dando opera preziosa ed avveduta per il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie locali, di cui aveva acquistato una conoscenza perfetta. Solenni i funerali.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Ricordiamo agli abbonati l'indispensabile pubblicazione

Tecnica Terapeutica Ragionata
Medica e Chirurgica

del Dott. Prof. BERNARDINO MASCI
della R. Università e degli Ospedali Riuniti di Roma

con prefazione del Prof. AGOSTINO CARDUCCI
Medico-primario e v. direttore sanitario del Policlinico Umberto I, in Roma.

Opera espressamente preparata in seguito alle ripetute richieste dei nostri abbonati, elaborata secondo i più moderni concetti e con intendimenti di assoluta praticità. Riportiamo qui di seguito la significante Prefazione, con la quale il Chiar.mo prof. Carducci si è compiaciuto di presentare l'opera.

« Questo libro che per incarico dell'Editore del giornale « Il Policlinico » il prof. Masci ha scritto « sulla *Tecnica Terapeutica Ragionata Medico-Chirurgica*, colma una grande lacuna tra i nostri trattati « di Medicina e Chirurgia. Giacchè se è vero che noi abbiamo ottimi trattati di Farmacologia, di Medi- « cina operatoria,, di Assistenza, ecc,. manca un libro che riassuma tutte le conoscenze più antiche e più « recenti su quanto si può praticare al letto del malato per opera del medico generico. È perciò che leg- « gendo questo libro si prova quel piacere e quella soddisfazione intellettuale che si ha quando si vede « realizzata una cosa da lungo tempo desiderata. Quante volte, specialmente nei primi anni del nostro « esercizio professionale, davanti alle necessità di compiere al letto del malato le più modeste mansioni « di assistenza, davanti alle minute ed insistenti domande dei nostri clienti in riguardo al vitto dei « pazienti, alla scelta di un luogo climatico, alla specificazione di una cura di acque minerali, o davanti « all'urgente necessità di siringare un prostatico o di applicare un apparecchio di contenzione, avrem- « mo preferito di essere meno ricchi di conoscenze sulle varie teorie sulla Patogenesi dei fenomeni « morbosi e più esperti di nozioni pratiche! E quante volte abbiamo perciò pensato alla necessità di « un libro che riassumesse tutto il bagaglio terapeutico antico e moderno e che ci fosse compagno fe- « dele ed al quale potessimo sempre rivolgerci nei dubbi che l'esercizio professionale tante volte pur- « troppo ci procura.

« Orbene, basta trascorrere solamente l'indice dei capitoli del libro per convincersi che il Masci « ha raggiunto completamente questo scopo. Infatti il libro è diviso in ventisette capitoli ed essi ri- « guardano: l'Assistenza del malato; l'Igiene del malato; l'Alimentazione del malato; i Medicamenti; la « Crenoterapia; la Climoterapia; l'Elioterapia; la Termoterapia l'Idroterapia; il Massaggio e Ginnastica « Medica; l'Elettroterapia; la Psicoterapia; la Tecnica Terapeutica Cutanea; la Tecnica Terapeutica « dell'Apparato sottocutaneo; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato circolatorio; la Tecnica Terapeutica « dell'Apparato respiratorio; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato digerente; la Tecnica Terapeutica del- « l'Apparato genitale; la Tecnica Terapeutica del sistema nervoso; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato « motore; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato visivo; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato uditivo; « la Tecnica Terapeutica pediatrica; le Cure pre e post-operatorie; la Tecnica della Medicatura; la « Tecnica delle Fasciature.

« Ma oltre che aver trattato l'argomento in modo completo, il Masci è stato accurato e minuto « anche nella trattazione dei singoli capitoli, ed il medico pratico potrà trovare facilmente la risposta « a qualunque quesito gli si presenti al letto del malato nei riguardi della cura o in altre contingenze « del suo esercizio professionale.

« Altro grande merito del libro è che esso contiene non solo le applicazioni terapeutiche che l'espe- « rienza antica ha già sancite, ma anche le applicazioni più recenti nel campo della terapia fisica, quindi « se è vero che il giovane medico pratico trova nel libro più materiale per le sue ricerche, anche il « medico provetto può servirsi di esso con utilità per mettersi a giorno dei mezzi di cura più recenti.

« Ma il Masci non è stato semplicemente un compilatore, giacchè egli ha trasfuso nel suo libro, « oltrechè la sua estesa coltura, il frutto della sua lunga esperienza sia in Medicina che in Chirurgia « acquistata nei molti anni di esercizio ospedaliero e che non si rileva certamente nell'esposizione di « novità personali, difficile per altro a verificarsi dato l'argomento trattato, ma nella disposizione della « materia, nella chiarezza delle idee, nella ricerca di dare una impronta di razionalità alle varie ap- « plicazioni terapeutiche.

« Ad un libro così ricco di pregi non può a mio parere che arridere un brillante successo, ed io me « lo auguro non solo per compensare il prof. Masci del suo lungo e diligente lavoro, ma per il bene- « ficio dei medici pratici ai quali certamente il libro risparmierà l'incertezza e l'ansia della ricerca « in ogni momento dell'esercizio professionale. »

Roma, 20 Dicembre 1924.

A. Carducci.

Un volume in 8° di pagg. VIII-845 nitidamente stampato su carta semipatinata, con 273 figure intercalate nel testo ed artisticamente rilegato in piena tela inglese con iscrizione bianca sul piano e sul dorso.

Prezzo L. **78** *più le spese di spedizione postale.* Agli abbonati del "Policlinico„ l'opera è ceduta per sole L. **70** *franca di porto.*